

VII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE CUIDADO

II ENCUENTRO REGIONAL DE ESTUDIANTES DE ENFERMERIA

“DIMENSIONES DEL CUIDADO
FRENTE A LOS DESAFÍOS DE LA
PRÁCTICA”

18-19-20 Septiembre 2019

Organizan:



Patrocinan:



Fellows Colombia
SOCIETY



PAISES PARTICIPANTES:



PRESENTACIÓN

En nombre del Grupo de Investigación de Cuidado de Enfermería (GICE), es motivo de enorme satisfacción realizar la publicación de las memorias correspondientes al: “VII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE CUIDADO - II ENCUENTRO REGIONAL DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA”. Evento que se integra a los desafíos que el grupo de investigación ha adquirido con las tendencias de la disciplina en este caso, el compartir las experiencias de conocimiento enfocadas en las temáticas del evento como son: Los Cuidados paliativos, los Cuidados Interculturales, La Salud Global y la Salud Mental, aspectos que son muy importantes para el fortalecimiento de los procesos de: producción de nuevo conocimiento, formación de investigadores y divulgación de resultados, enfocados al desarrollo de las disciplinas, en este caso de ENFERMERÍA, mediante el ejercicio serio y reflexivo que implica, el análisis sobre las tendencias y líneas de desarrollo de la profesión dentro del cual nos convoca. En cada eje temático se contó con la participación y la presentación de conferencias, paneles, exposición de trabajos en las modalidades oral y poster.

Se destaca que en esta ocasión se contó con la participación de profesionales de la enfermería de: La República de Panamá, la república del Salvador, los Estados Unidos Mexicanos, la República de Portugal, la República Federativa de Brasil y la Republica de Colombia; en este caso participaron miembros de la comunidad académica e investigativa, los integrantes de prestación de servicio; y representantes de estamentos gubernamentales como la Doctora MYRNA MC LAUGHLIN, Asesora Despacho Superior Ministerio de Salud de Panamá - Asesora del Centro Colaborador de la OPS en Cuidados Paliativos, representantes de universidades como: la Doctora LYDIA GORDÓN DE ISAACS Coordinadora Doctorado de Enfermería Universidad de Panamá, la DOCTORA EDELMIRA ANTONIA PINEDA DE OSEGUEDA Coordinadora de Proyectos Instituto Especializado de Profesionales de la Salud (IEPROES) - Secretaria General de Aladefe, la Doctora ARACELY DIAZ OVIEDO de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, la DOCTORA ESPERANÇA GAGO ALVES PEREIRA de la Escuela Superior de Enfermería de la Universidad de Minho en Braga, la Doctora FABIANA BOLELA DE SOUZA de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, por Colombia se contó con la participación de los Doctores MIGUEL ANTONIO SÁNCHEZ CÁRDENAS, Coordinador del Programa de Maestría En Cuidados Paliativos Universidad El Bosque. La Doctora NOHORA DEL CARMEN ORTEGA CADENA, de la Universidad Mariana de Pasto.

De otra parte, por ser un evento en simultanea es destacable la participación estudiantil y el apoyo que su participación significó para el evento, en este caso con gran acierto la Asociación de Estudiantes de Enfermería (ACOEEN), con el apoyo del estudiante FREDDY ELIAS PERILLA P, Coordinador Regional Santander.

En esta versión del evento fue clave el apoyo de la oficina de relaciones internacionales de la UFPS y el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior – ICETEX, instancias que con el apoyo de la Facultad de Ciencias de la Salud, hicieron posible el desarrollo del VII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE CUIDADO - II ENCUENTRO REGIONAL DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.



PRESENTACIÓN

A los demás participantes estudiantes, docentes, profesionales de las entidades de salud en convenio y demás expertos, que durante dos días y medio; disertaron con profesionales, egresados, estudiantes y docentes; sobre los temas que integraban las temáticas del evento: LA SALUD MENTAL, LOS CUIDADOS PALIATIVO, LA INTERCULTURALIDAD Y LA SALUD GLOBAL, áreas que en su conjunto constituyen: "LAS DIMENSIONES DEL CUIDADO FRENTE A LOS DESAFÍOS DE LA PRÁCTICA"; en donde el «cuidado de enfermería» fue el hilo conductor sobre el cual discurrió la programación presentada.

De otra parte, este encuentro al igual que los anteriores, busca destacar la labor y el servicio valioso, que enfermería proporciona y que se convierte en una tarea, que posee una gran importancia frente a los requerimientos del mundo actual, en donde la globalización en si misma plantea desafíos a la salud de las poblaciones, debido a los amplios problemas que esta dinámica suscita y debe resolver, y que en nuestro caso; (como lo vivimos actualmente en esta región), trasciende las fronteras y deben ser abordados desde la cooperación, la multidisciplinariedad y los aportes al conocimiento en diversas áreas:

En esta oportunidad, el contexto de la salud mental ha dejado de lado el paradigma clínico, y en la actualidad; (tal y como lo propone la OMS), abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente del bienestar mental que la OMS recalca, deben entenderse como: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

De igual forma es relevante, el reconocimiento que el estado colombiano ha dado a los cuidados paliativos, aspecto que va de la mano con uno de sus hitos, como lo fue la promulgación en la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, que en su texto propone como primer punto a los estados para que formulen, refuercen y apliquen, políticas de cuidados paliativos, que apoyen el fortalecimiento integral de los sistemas de salud, en todos los niveles, con énfasis en la atención primaria, la atención comunitaria y domiciliaria y mediante el desarrollo de programas con cobertura universal; (no sólo en la población en general), sino dentro de los propios sistemas de salud.

De otra parte, la práctica de la Enfermería enfrenta otro desafío; como es adaptarse a las características concretas y específicas de lo intercultural y la necesidad de adquirir competencia cultural, puesto que será a través de ella, como se puedan prestar cuidados enfermeros de calidad. Aspecto que debe ser respetuoso de la autonomía del paciente, la justicia en salud, y que debe esforzarse para atender las diferencias, los contextos concretos en los que viven las personas con sus múltiples formas de entender la vida, la salud, la enfermedad, etc.

Como grupo de investigación, estamos comprometidos en fortalecer los procesos que permitan la participación activa de la comunidad académica y que permita expandir la frontera del conocimiento, mediante la investigación y el debate de las condiciones y resultados de su desarrollo. Este encuentro se inscribe en la tendencia internacional de buscar una mayor sinergia, entre la investigación científica, y los desafíos de la práctica, en este caso, generando lo que se ha denominado "papel social de las profesiones en el contexto en que intervienen". Para el grupo de cuidado GICE, responder a estos desafíos es lo que corresponde a una cultura de la educación basada en la calidad y en la pertinencia de los programas académicos, finalmente no me resta más que agradecer el acompañamiento y participación de todos los que en este intercambio académico – científico que nutre y posibilita la apertura al conocimiento como es nuestro anhelo.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

Pág.

PONENCIAS ORALES

- ❖ VULNERABILIDAD SOCIAL DEL NIÑO EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN: UNA MIRADA DESDE LA SALUD GLOBAL 7-11
- ❖ HILDERGAR PEPLAU Y RENOTIVACIÓN COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN A PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES 12-15
- ❖ SIGNIFICADOS DE LA SOLEDAD PARA LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI DE LA CLINICA MEDICAL DUARTE EN EL SEGUNTO TRIMESTRE DEL 2019 16-19
- ❖ DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE UN PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA EN CÚCUTA, II SEMESTRE DE 2018 20-28
- ❖ A DIMENSÃO CULTURAL NO CUIDAR – ORIENTAÇÕES DA ENFERMAGEM TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER 29-34
- ❖ EXPERIENCIA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DESDE EL OBSERVATORIO INTERNACIONAL DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA 35-40
- ❖ EDUCACIÓN PARA LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA 41-49
- ❖ ENSEÑANZA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMERÍA, EN LA EDUCACIÓN POSGRADUAL 50-53
- ❖ ¿QUÉ DICE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA GERIÁTICA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT? REVISIÓN NARRATIVA 54-58
- ❖ VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO NECPAL –CCOMS 59-62
- ❖ ESTRATEGIAS PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y LA CONTRUCCIÓN DE ESPACIOS DE PAZ 63-67
- ❖ PRÁCTICA AVANZADA EN CUIDADOS PALIATIVOS: EXPERIENCIA PANAMÁ 68-74
- ❖ PANEL DE EXPERTOS: DIMENSIONES DEL CUIDADO, FRENTE A LOS DESAFIOS DE LA PRÁCTICA 75-81
- ❖ PROMOCIÓN INTERNACIONAL DE LA SALUD CULTURALMENTE COMPETENTE: EXPERIENCIA PANAMÁ 82-84
- ❖ REDES INTERNACIONALES DE ENFERMERÍA DE LAS AMÉRICAS: TRABAJO COLABORATIVO PARA EL LOGRO DE LAS COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD 85-90

❖ <u>PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO</u>	91-104
❖ <u>PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD EN COMUNIDADES INDÍGENAS DEL SUR DE COLOMBIA</u>	105-106
❖ <u>CARGA MENTAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA</u>	107-111
❖ <u>CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO DE PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS II</u>	112-118
❖ <u>EXPERIENCIA FORMATIVA: REFLEXIÓN SOBRE LA EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN SEGURA EN LOS SERVICIOS DE SALUD</u>	119-124
❖ <u>CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DE CIRUGÍA CARDIACA EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE CÚCUTA</u>	125-130
EXPOSICIÓN DE POSTERS	
❖ <u>ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS Y NIÑAS DE SAN GIL, SANTANDER-COLOMBIA</u>	131-135
❖ <u>AMBIENTE VIRTUAL PEDAGÓGICO: TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN LA ENSEÑANZA DEL CUIDADO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</u>	136-140
❖ <u>ROL DEL DOCENTE SUPERVISOR EN LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS DEL ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA</u>	141-145
❖ <u>FACTORES RELACIONADOS AL CÁNCER GÁSTRICO EN UN MUNICIPIO DE SANTANDER, COLOMBIA</u>	146-149
❖ <u>PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN UN COLEGIO DE CÚCUTA</u>	150-154
❖ <u>CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON CONFUSIÓN AGUDA RELACIONADO CON ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</u>	155-160
❖ <u>FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN NIÑOS GESTANTES DIAGNOSTICADOS CON SÍFILIS GESTACIONAL</u>	161-167
❖ <u>INTRODUCCIÓN A LA INTERCULTURALIDAD EN PRÁCTICAS FORMATIVAS DE VIII SEMESTRE DE ENFERMERÍA UFPS – UNA EXPERIENCIA DESDE EL INTERCAMBIO DE SABERES.</u>	168-172
❖ <u>FORTALEZA ESPIRITUAL EN EL CUIDADOR ENTRENADO EN DIÁLISIS PERITONEAL</u>	173-177
❖ <u>PERSPECTIVA ESPIRITUAL DE FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UNA IPS DE LA CIUDAD DE CÚCUTA.</u>	178-182
❖ <u>REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SUICIDIO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD PUBLICA</u>	183-193



**EXPOSICIÓN
ORAL**

VULNERABILIDAD SOCIAL DEL NIÑO EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN: UNA MIRADA DESDE LA SALUD GLOBAL

María Del Pilar Ureña Molina*

*Enfermera profesional. Especialista en cuidado crítico pediátrico. Magister en Enfermería. Estudiante de Doctorado de Enfermería énfasis Salud Internacional, Universidad de Panamá. Docente, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: mariadelpum@ufps.edu.co.

RESUMEN

La presentación tiene como fin reflexionar sobre la situación de vulnerabilidad social de los niños en los contextos de la migración a nivel mundial desde la perspectiva de la Salud Global, convergiendo el análisis en el fenómeno de migración que se vivencia en Colombia. La revisión de datos actuales como el informe “Arraigados” publicado por El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF y otras publicaciones relacionadas con la temática, permitió reconocer los riesgos y los problemas para la salud derivados de este fenómeno que representan un desafío a los sistemas económicos, sociales y culturales de los países, y que requieren de medidas integrales en su atención.

Palabras clave: Emigración e Inmigración, Cuidado del Niño, Salud Global.

Definición de conceptos sobre migración

Migrante (inmigrante/emigrante). No posee una definición jurídica universal. «Alguien que ha residido en un país extranjero durante más de un año independientemente de las causas de su traslado, voluntario o involuntario, o de los medios utilizados, legales u otros» (Organización de las Naciones Unidas) (1).

Término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones (Organismo Internacional para las Migraciones).

Migración. Implica un proceso voluntario, en busca de mejores oportunidades económicas. Los migrantes están protegidos por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Es un conjunto de normas que, basándose en razones humanitarias, mitigan los efectos de un conflicto armado con el propósito de mantener a la población civil al margen de las acciones bélicas. La protección que contempla el Derecho Internacional Humanitario se materializa en acciones concretas como las siguientes:

- Garantizar la seguridad de la población civil o de aquellas personas que no tomen parte en las acciones armadas.
- Asegurar la protección del personal médico y religioso que opere en esas zonas. No pueden ser atacados ni involucrados en el conflicto, y tienen derecho a llevar distintivos o logos que les identifiquen como tales.
- Distinguir los bandos en conflicto de la población civil y las personas víctimas del desplazamiento forzoso.



- Regular el trato de los civiles o desplazados que estén bajo la autoridad adversa, lo que incluye aspectos como la debida asistencia médica y el derecho a permanecer con sus familiares (1).

Refugiados. Los refugiados son personas que están fuera de su país de origen debido a un temor de persecución, a un conflicto, violencia u otras circunstancias que perturben gravemente el orden público, y quienes, en consecuencia, requieren 'protección internacional'. Están protegidos y definidos por Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de Ginebra de 1951 "El principio de no devolución a situaciones donde su vida o su libertad estén bajo amenaza" (1).

Asilo. Estatus que los países de acogida otorgan a los refugiados que demuestren las causas de su desplazamiento forzoso por motivos de raza, sexo, religión o pensamiento político, entre otros (2).

Expatriado. Toda aquella persona que vive o está fuera de su patria. Connotación específica del ámbito laboral. Trabajadores que emigran con fines laborales. Un expatriado puede ser considerado como inmigrante o emigrante, aunque solo lo sea por razones económicas (2).

Desplazado Interno. "Personas o grupos de personas que han sido forzadas u obligadas a abandonar sus lugares de residencia habitual, en particular como resultado de o para evitar los efectos del conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de derechos humanos o desastres naturales o causados por el hombre, y que no han cruzado fronteras reconocidas internacionalmente" (Naciones Unidas, documento E/CN.4/1992/23) (3).

Niño migrante. Es toda persona menor de 18 años que se encuentre fuera del Estado del cual es nacional con la intención o necesidad de residir allí o en otro Estado al cual se dirige, o que encontrándose en el país del que es nacional o residente, podría migrar en un futuro cercano. El grupo que comprenden los niños migrantes es amplio y heterogéneo, debido a diversas circunstancias. (niño migrante sin documentos, el encontrarse o no con sus padres, el ser solicitantes de asilo o refugiados, el ser víctimas de trata de personas, entre otras). No se puede tratar al grupo de niños migrantes de manera homogénea. Los estándares orientados a la protección de sus derechos deberán, por lo tanto, responder, a las características propias de cada caso, es decir, de su particular situación migratoria (4).

Presentación de un caso: Crisis Rohingya.

Los Rohingya son una minoría étnica musulmana asentada y apátrida en Myanmar. Los rohingya han residido en Myanmar desde antes de 1799, pero en 1982 el estado los despojó de la ciudadanía con el pretexto de que eran migrantes "ilegales" de Bangladesh. Víctimas de persecución en numerosas ocasiones a lo largo de la historia. En los años 70, fue el primer gran éxodo de rohingyas hacia Bangladesh. Su último éxodo comenzó el 25 de agosto de 2017, cuando estalló la violencia en el estado de Rakhine, en Myanmar, obligando a más de 723.000 a buscar protección en Bangladesh. La gran mayoría que llega a Bangladesh son mujeres y niños, y más del 40% son menores de 12 años. Muchos otros son personas mayores que requieren ayuda y protección adicionales. No tienen nada y necesitan todo (5).

Problema. Emergen diariamente asentamientos espontáneos. Falta de albergues adecuados, agua y saneamiento, acceso a servicios básicos y consideraciones generales de protección, como la seguridad para las mujeres y las niñas. El asentamiento de refugiados de Kutupalong: el más grande en el mundo con más de 600.000 personas viviendo en un área de 13 kilómetros cuadrados, llevando la infraestructura y los servicios hasta sus límites (6).

Niños desplazados rohingya en alto riesgo de problemas de salud mental: hallazgos de los campamentos de refugiados en Bangladesh.

- El 4,8% de los niños de 0 a <2 años y el 7,3% de los niños de 2 a 16 años obtuvieron un resultado positivo de detección de enfermedades infecciosas, comparable a la población local de Bangladesh. Sin embargo, el 52% de los niños se encontraban en el rango anormal de los síntomas emocionales y el 25% anormal para los problemas de los compañeros.
- Los factores de riesgo significativos fueron no tener padres y haber perdido a uno o más miembros de la familia en la reciente crisis (7).

Atención recibida. El Gobierno de Bangladesh ha respondido generosamente, y las aldeas locales de Bangladesh también han aceptado a los recién llegados. La respuesta humanitaria en Bangladesh sigue centrada en satisfacer las necesidades humanitarias masivas y mitigar el impacto de las lluvias monzónicas estacionales. Se necesita urgentemente apoyo internacional adicional para intensificar la asistencia desde el apoyo puramente humanitario y cotidiano a los desafíos a mediano plazo, incluida la resiliencia, la educación, el registro y los programas para proteger a los refugiados más vulnerables, incluidos los niños, las mujeres y personas con necesidades específicas (6).

Respuesta al monzón. Cientos de miles de refugiados rohingya han encontrado albergue en una de las zonas más húmedas del país. Los socios humanitarios estiman que hasta 200.000 refugiados Rohingya podrían estar en riesgo durante la temporada del monzón. Muchos viven en terrenos abruptos e irregulares propensos a deslizamientos de tierra e inundaciones y necesitan una reubicación urgente. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR, ayuda adicional a Bangladesh para preparar a los refugiados y las comunidades de acogida para las lluvias monzónicas, que caen entre mayo y septiembre, aumentando el riesgo de inundaciones y deslizamientos de tierra.

Estado actual de la crisis migratoria en la niñez

Entre los años 2005 y 2015 el número de niños refugiados se duplicó, mientras que el de niños migrantes aumentó un 21%. En total, 31 millones de niños viven hoy fuera de sus países de nacimiento, incluidos 11 millones de refugiados y solicitantes de asilo, mientras hay unos 17 millones de menores que se encuentran desplazados dentro de sus propios Estados. De esos casi 50 millones de menores alejados de sus hogares, más de la mitad (28 millones) se vieron forzados a huir por conflictos o violencia (8).

En la Región de las Américas, el número de migrantes transfronterizos también aumentó entre 2000 y 2015 en un 36%, para situarse en 63,7 millones; el número de desplazamientos internos ascendió a 7,1 millones (de los cuales 6,9 millones correspondían a Colombia). La Región también ha experimentado un incremento de la migración irregular, protagonizada mayormente por niños no acompañados que huyen de situaciones de violencia, con consecuencias imprevisibles para su salud mental (9).

En los últimos años Colombia está afrontando este fenómeno de la migración como país de acogida de migrantes venezolanos. Cerca de 52.000 menores de edad venezolanos han sido atendidos por el Gobierno colombiano a la fecha desde que comenzó a incrementarse la inmigración de ciudadanos de ese país en el año 2015, según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (10).

El Registro de Migrantes Venezolanos en Colombia, entregado por la Unidad de Gestión de Riesgo, la Gerencia de Frontera del Gobierno y Migración Colombia, dio cuenta de 118.709 niños, niñas y adolescentes venezolanos que viven en Colombia, 58.667 niñas y 60.038 niños. Entre toda la población, 50.729 estaban en edades entre los 0 y los 5 años; 37.841 entre los 6 y los 11 años; y 30.139, entre los 12 y los 17 años (11).

Vulnerabilidad social del niño en la migración.

Es importante señalar que los niños no cuentan con un soporte emocional apropiado, esto los hace vulnerables por los débiles vínculos de sostén y un Yo en formación propios de su ciclo vital. Aun así los niños migren con sus padres o no, la adaptación se verá afectada pues la familia se enfrenta a un estado de estrés crítico, que hace que mucho de sus integrantes no se percaten de las pérdidas de las funciones familiares vitales para su propio bienestar (12).

Los niños/as muchas veces estos son objeto de maltratos físicos y psicológicos que, por un lado, desfavorecen su integración a las nuevas comunidades, y por otro, afectan su estabilidad emocional, dando paso a la aparición de sentimientos de abandono y angustia (13).

En conclusión, se puede afirmar que los niños pertenecen a dos grupos en situación de vulnerabilidad, el ser niño y en condición de migrante; esto claramente incrementará el riesgo de sufrir mayores afectaciones a sus derechos.

Atención del niño migrante: Desafíos para la salud global.

- Considerar la migración como un determinante transversal de la salud: Genera cambios en los procesos de salud enfermedad transnacionales.
- Promover una conciencia global: Sociedad más inclusiva y respetuosa de la diversidad. Respeto por la cultura particular, la dignidad religiosa y espiritual.
- Promover la adaptación e integración social: Desafíos sociales, culturales y económicos para los sistemas políticos y los sistemas de salud de los países (Garantizar la cobertura y el acceso universal a la salud).
- Garantizar un acompañamiento a través de toda la ruta migratoria: trabajar concertada e integralmente desde la salud pública y la asistencia humanitaria en los puntos de origen, de tránsito o movimiento y los puntos finales de destino.
- Brindar cuidado básico a la salud mental con énfasis en la urgencia de medidas de cuidado tanto médico, como emocional y psicológico; fortaleciendo su propia capacidad de resiliencia.
- Protección de los Derechos del Niño: responder a las características propias de cada caso, según su particular situación migratoria (Indocumentados, no acompañados, refugiados o solicitantes de asilo, víctima de trata de personas).
- Aumentar la investigación en salud y el conocimiento sobre los problemas sociales para generar medidas integrales de atención a este grupo poblacional.
- Desde la perspectiva de la Salud Global, los problemas humanitarios como la migración forzosa requieren soluciones políticas eficaces, por lo tanto, la Gobernanza y el compromiso político son sumamente necesarios para mitigar el impacto negativo al desarrollo económico y calidad de vida de las poblaciones involucradas, teniendo en cuenta que las necesidades o consecuencias derivadas de este fenómeno se transversalizan sin distinción de poder hegemónico entre todos los países del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ACNUR La agencia de la ONU para los Refugiados. Preguntas frecuentes sobre los términos “refugiados” y “migrantes” [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 26]. Available from: <https://www.acnur.org/noticias/noticia/2016/3/5b9007344/preguntas-frecuentes-sobre-los-terminos-refugiados-y-migrantes.html>
2. ACNUR La agencia de la ONU para los Refugiados. Expatriados y refugiados: diferencias y similitudes - ACNUR [Internet] 2016 [cited 2019 Apr 26]. Available from: <https://eacnur.org/blog/expatriados-refugiados-diferencias-similitudes/>
3. Mendiá I. Desplazados Internos. Diccionario de Acción Humanitaria. [Internet]. [cited 2019 Apr 27]. Available from: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/74>
4. Olivera Astete JF. Estándares internacionales para la protección del niño migrante. In: Instituto de Democracia y Derechos Humanos (Idehpucp), editor. Segundo Encuentro Nacional sobre la Trata y Tráfico de Personas [Internet]. Perú; 2014 [cited 2019 Sep 13]. p. 1–21. Available from: <http://idehpucp.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2014/06/Olivera-Estándares-internacionales-para-la-protección-del-niño-migrante.pdf>
5. UNICEF. Rohingya crisis. [Internet]. [cited 2019 Oct 2]. Available from: <https://www.unicef.org/emergencias/rohingya-crisis>
6. ACNUR. La emergencia rohingya un año después: la crisis de refugiados más reciente de Asia necesita solidaridad internacional y avanzar en soluciones [Internet]. [cited 2019 Oct 2]. Available from: <https://www.acnur.org/noticias/briefing/2018/8/5b8052114/la-emergencia-rohingya-un-ano-despues-la-crisis-de-refugiados-mas-reciente.html>
7. Khan NZ, Shilpi AB, Sultana R, Sarker S, Razia S, Roy B, et al. Displaced Rohingya children at high risk for mental health problems: Findings from refugee camps within Bangladesh. Child Care Health Dev [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 2];45(1):28–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30335204>
8. UNICEF. Desarraigados una crisis creciente para los niños refugiados y migrantes [Internet]. Nueva York; 2016 [cited 2019 Feb 8]. Available from: https://www.unicef.org/republicadominicana/UNICEF_ResumenEjecutivo_DESARRAIGADOS_SEPT2016.pdf
9. 70.a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 8]. Available from: <http://www.iom.sk/en/about-migration/migration-in-the-world>
10. Sputnik Mundo. Colombia ha atendido a cerca de 52.000 niños inmigrantes venezolanos desde 2015 - Sputnik Mundo [Internet]. Bogotá DC; 2018 [cited 2019 Feb 8]. Available from: <https://mundo.sputniknews.com/america-latina/201810131082694243-migracion-menores-venezuela/>
11. Diario El Tiempo. Venezolanos en Colombia: Educación para niños y adolescentes - Venezuela - Internacional - ELTIEMPO.COM [Internet]. Bogotá DC; 2018 [cited 2019 Feb 8]. Available from: <https://www.eltiempo.com/mundo/venezuela/venezolanos-en-colombia-educacion-para-ninos-y-adolescentes-287718>
12. Sambucetti A, Passalacqua A, Simonotto T, Polidoro A, Mussoni AM, Zuccolo S, et al. Salud mental en niños migrados: acercamiento a su estudio a través del psicodiagnóstico de Rorschach. Anu Investig [Internet]. 2013 [cited 2019 Sep 7];403–8. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139949081>
13. Abarca Brown G, Carreño Hernández M. Inmigración y salud mental infanto-juvenil. Summa Psicológica UST [Internet]. 2014 [cited 2019 Sep 9];11(2):45–56. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4953993>

HILDERGAR PEPLAU Y RENOTIVACIÓN COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN A PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES

Carlos Fernando Ballesteros Olivos*

* Facultad de Enfermería, Docente Tiempo Completo. Universidad Antonio Nariño, Grupo de Investigación “Innovación y cuidado”

RESUMEN

A continuación, se presenta una estrategia de intervención que surge a partir de la revisión bibliográfica que evidenció la nula propuesta por parte de los profesionales de enfermería de propuestas de intervención en el área de salud mental, los hallazgos fueron de tipo reflexivo y descriptivo. La propuesta de intervención surge en una primera medida con un enfoque para personas con diagnóstico de trastornos psiquiátricos, pero como resultado de la socialización en diferentes escenarios académicos se realiza una modificación para ampliar el rango de utilización en personas con otras alteraciones mentales, además de proponer una técnica de intervención, se complementa con un modelo de enfermería y los diagnósticos, intervenciones y resultados que surjan del proceso de atención PAE.

Palabras claves: Enfermería, cuidado, salud mental, alteración mental

INTRODUCCIÓN

A continuación, se presentará un producto adicional que surge a partir de la propuesta de solución para un problema de práctica de la Maestría en Enfermería en Salud Mental sobre cuidado al paciente con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), en el cual su objetivo fue presentar una estrategia de intervención guiada desde la técnica de “Remotivación”, teniendo como base de construcción, la nula evidencia científica de propuestas de cuidado de enfermería para personas con alteración mental, y realizar intervenciones desde enfermería centrada en la atención NO hospitalaria. Surge la reflexión durante el desarrollo de esa propuesta donde se identifica la necesidad de empezar a proponer estrategias de intervención para poder innovar en el ejercicio de cuidado, y tener un catálogo de herramientas para que el personal de enfermería pueda variar en el uso y creación de nuevas alternativas para el cuidado.

La intervención se centró en personas con Trastorno por Estrés Postraumático (1) asociado al combate, asimilando una postura frente al escenario reciente de resolución de un conflicto armado bastante largo y de alto nivel de violencia, este producto se socializó en varios escenarios académicos nacionales e internacionales, donde siempre hubo menciones frente a la posibilidad de adaptar la estrategia a otras personas con alteraciones mentales diferentes.

La técnica que se propone para realizar el cuidado de enfermería es la de remotivación (2) que no genera conflicto de intereses o roles con otras disciplinas, ya que se presenta como técnica de intervención y no como psicoterapia (para la cual es necesaria una formación específica que en Colombia aun no está formalizada para enfermería).



Adicionalmente se centra todo el actuar de enfermería dentro de una teoría de enfermería como lo es “Relaciones interpersonales” de Hildegard Peplau (3), que marca una ruta para la consolidar un “proceso interpersonal significativo, terapéutico” (4).

JUSTIFICACIÓN

En Colombia existen dos documentos que podrían darnos una “Radiografía” de la situación de la salud mental en Colombia y sus alteraciones, uno es el “Estudio Nacional de Salud Mental” (5) realizado en el año 2003, y la “Encuesta Nacional de Salud mental” el mas reciente, realizado por la Pontificia Universidad Javeriana y el Ministerio de Salud y Protección Social (6), donde los resultados y conclusiones nos muestran una seria de escenarios múltiples donde se evidencia una clara necesidad en el área de salud mental de la población colombiana. A pesar que el origen de esta propuesta va dirigida a un grupo particular de personas, con unas características definidas, permite que se pueda ampliar para intervenir en cada uno de los escenarios posibles donde sea viable su uso, de ahí la pertinencia de esta propuesta y posterior socialización para dar un panorama general del uso.

OBJETIVOS

Objetivo general

Consolidar una propuesta de cuidado de enfermería en salud mental, centrada en la Remotivación y el uso de la teoría de Hildegard Peplau.

Objetivos Específicos

- Describir la técnica de remotivación.
- Realizar una relación entre la técnica y la teoría de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau.
- Explicar como realizar el cuidado de enfermería mediante la estrategia propuesta

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en búsqueda de estrategias de intervención del área de salud mental (específicamente para personas con diagnostico de Trastorno de Estrés Postraumático), los resultados no fueron del todo satisfactorios, al evidenciar que no hay producción constante. La búsqueda fue en 3 idiomas, español, ingles y portugués, los resultados relacionados con enfermería fueron de una característica reflexiva, descriptivos, no recogían criterios de intervención y no hay evidencias relacionadas a teorías de enfermería. Se decide optar por una técnica usada en el pasado, creada por personal ajeno a la salud pero que tiene un evidente componente de intervención y posterior mejoría de la carga mental, la técnica de remotivación (2,7, 8), se recoge marco conceptual acerca de la fundamentación de la técnica y se realiza un enlace entre los diagnósticos de enfermería NANDA (9), intervenciones de enfermería NIC (10) y evaluación de resultados de las intervenciones de enfermería NOC (11), una teoría de enfermería y la remotivación.

RELACIONES INTERPERSONALES – HILDEGARD PEPLAU

Del modelo de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau se toman algunos apartados importantes, como lo son las necesidades humanas, identificar dos estados terminales en este caso seguridad y satisfacción (12), en un segundo lugar se toma como guía las fases de relación interpersonal enfermera – paciente como orientación, identificación, explotación y resolución (3) y en una parte final se decide ejecutar uno de los roles de enfermería que recomienda Hildegard Peplau como el rol de asesor, que se usará de enlace con el NIC de asesoramiento para ir realizando una fusión entre las partes de la propuesta de intervención.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Todo profesional de enfermería debe estar en la capacidad de realizar la valoración, planeación, ejecución y evaluación de un proceso de atención de enfermería para personas con cualquier tipo de alteración y necesidad en salud, mediante la recolección de información subjetiva y objetiva, realizar una inferencia, escoger un diagnóstico de enfermería que se acople a la situación NANDA (9), una intervención adecuada a la necesidad NIC (10), y una categoría de resultados para evaluar el avance y progreso de las intervenciones NOC (11).

En el caso de esta propuesta de intervención se recomienda escoger el NIC de Asesoramiento (5240) (10) para realizar el enlace adecuado con el rol propuesto por el modelo de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau y el NOC adecuado a la respuesta esperada para la persona intervenida.

TÉCNICA DE REMOTIVACIÓN

A riesgo de caer en el discurso reiterativo, la técnica de remotivación NO hace parte de una estrategia de psicoterapia, su origen está en la ciencias humanas y se define como “técnica de intervención en grupo, simple, de carácter objetivo, utilizada con un grupo de pacientes en un esfuerzo de alcanzar las áreas no curadas de la personalidad de cada paciente y hacer que piensen en la realidad en relación consigo mismos” (13).

Tiene 5 etapas de intervención, que delimitan el tiempo para cada sesión de remotivación:

1. Clima de Aceptación: tiempo de duración 5-10 min; se inicia el primer contacto para una relación no amenazante, empática y amistosa por parte del líder de la remotivación. De ser la primera sesión se puede empezar por una ronda de presentación.
2. Un puente a la realidad: tiempo de duración 15 – 20 min, se caracteriza por la inserción del tema que compete al grupo en la sesión, es pertinente aclarar que no se debe usar ningún tema o situación que genere incomodidad, dolor o tristeza, los temas serán motivantes, placenteros y estimulantes.
3. Compartir el mundo en que vivimos: tiempo de duración 15 – 20 min, se caracteriza por desarrollar el tema del punto 2 pero a través de ayudas sensoriales, sonidos y preguntas guiadas, para gestionar un rol, una reflexión o una toma de decisión teniendo como base la postura por los participantes.
4. Apreciación del trabajo del mundo, tiempo de duración: 15 – 20 min, los participantes deben realizar asociaciones, relaciones, reflexiones y conclusiones frente a la temática que se tocó durante la sesión.
5. El clima de apreciación: tiempo de duración 5-10 min, se realiza el cierre de la sesión rescatando las sensaciones positivas, el líder de la remotivación debe proponer que los participantes programen el tema de las sesiones siguientes para que alguno de ellos lideres en la próximas remotivaciones.
6. Diligenciamiento de registro de seguimiento, toma de decisiones, planeación y reestructuración de las particularidades presentadas durante la sesión.

CONCLUSIONES

Se logra consolidar una propuesta, que en algún momento fue enfocada a un solo grupo de personas con un diagnóstico psiquiátrico, ahora se realiza un reenfoque para poder abrir el abordaje a personas con múltiples cuadros de alteración mental que desee realizar trabajo de grupo de forma extra hospitalaria.

RECOMENDACIONES

Anexo a este documento se presenta un esquema que agrupa la ruta de la propuesta de intervención, se recomienda que las personas que deseen hacer uso de la intervención deberán realizar una revisión minuciosa de la literatura primaria para adquirir un “guion” o “libreto” de la estructura de las sesiones de remotivación, o solicitar apoyo de profesionales formados en el área o con el conocimiento sobre remotivación. La técnica de remotivación es una estrategia de abordaje grupal con seguimiento y progreso individual.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association., Kupfer, DJ, Regier DA, Arango López C, Ayuso Mateos JL, Vieta Pascual E, Bagny Lifante A. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Madrid: Editorial Médica; 2014.
2. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería, recopilación de trabajos No.3. OMS, OPS. Washington USA: Publicación Científica No. 176. ; 1969.
3. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería Barcelona: Salvat Editores.; 1993.
4. Allgood MR,&MA. Modelos y teorías en enfermería (7ª edición ed., Vol. I). Barcelona, España: Elsevier.; 2011.
5. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social.. Estudio Nacional de Salud Mental Bogotá D.C., Colombia; 2003.
6. Ministerio de Salud y Protección Social CPUJ. Encuesta Nacional de Salud Mental, tomo I. [Internet] Bogotá: 2015. [Recuperado 01/04/2018] Disponible en: <http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta Nacional de Salud Mental>.
7. Services Mental Hospital, A.P. Remotivation technique: some basic facts. : American Psychiatric Association and Smith Kline & French Laboratories.; 1956.
8. Stotts M, Dyer J. Handbook of remotivation therapy (Haworth Handbook Series in Psychotherapy). New York : Taylor and Francis Edición de Kindle.; 2005.
9. Herdman T. NANDA Internacional diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012- 2014 Barcelona: Elsevier; 2012.
10. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona, España: Elsevier; 2014.
11. Johnson M, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería. Madrid: Harcourt - Mosby.; 2004.
12. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Mallorca: Salvat Editores; 1990.
13. Dyer J, Stotts M. HandBook of remotivation therapy. London and New York: Routledge Taylor & Francis Gropu; 2013.

SIGNIFICADOS DE LA SOLEDAD PARA LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI

Gloria Esperanza Zambrano Plata*
Zury Carreño Leiva**
Brenda Estefanía Palacios González***
Daniela Ramírez Díaz***
Gabriela Estefanía Rodríguez Niño***
María Angélica Quintero Cacua***

* Enfermera Doctora en Educación. Docente Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: gloriaesperanzazp@ufps.edu.co

** Especialista en cuidado de enfermería al paciente adulto crítico. Docente Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: zurynellacale@ufps.edu.co.

*** Estudiantes de VI semestre del Programa de Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: Brendaestefaniapago@ufps.edu.co, danielaradi@ufps.edu.co, gabrielaestefaniarn@ufps.edu.co, Maríaangelicaqc@ufps.edu.co.
Cúcuta, Colombia.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el significado de la soledad para los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica Medical Duarte. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo de tipo fenomenológico, realizado durante el segundo trimestre del año 2019. La muestra estuvo representada por 8 informantes quienes fueron dados de alta de la UCI de la Clínica Medical Duarte sin complicaciones en un periodo no mayor a tres meses. El método empleado para recolectar los datos fue la entrevista a profundidad. **Resultados:** Durante la estancia hospitalaria en UCI los pacientes manifestaron haber tenido una experiencia difícil que se vio influenciada por sentimientos tales como la tristeza, la ansiedad, la preocupación, el agobio, el temor y la desesperación, los cuales llevaron a un sentimiento de soledad que se veía incrementado por la falta de acompañamiento familiar a causa de la restricción de visitas; debido a esto buscaban estrategias de distracción como el refugio en Dios y el acompañamiento por parte del equipo de salud para mitigar dicha sensación de soledad. **Conclusión:** El significado dado por los pacientes a la soledad se basó en los sentimientos experimentados durante el proceso de hospitalización en la UCI, los cuales afectaron parte del proceso de recuperación ya que veían la soledad como un túnel sin salida, sin luz y sin compañía, la cual se convierte en un círculo vicioso que no da la oportunidad de escapar.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos, acontecimientos que cambian la vida, soledad.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona soporte vital a los pacientes que están críticamente enfermos, quienes por lo general requieren supervisión y monitoreo intensivo por medicina de alta complejidad y cuidados específicos (1).



El ingreso a una Unidad de Cuidado Intensivo es un acontecimiento estresante tanto para el paciente como para la familia; siendo esta última un elemento esencial dentro del estado de salud de todo individuo, la cual se ve afectada por las rigurosas políticas de visitas en 1979, Molter (2) realizó un estudio sobre las necesidades de los familiares de los pacientes críticos, encontrando, entre otras cosas, que el principal deseo de los pacientes, es el de mantenerse cerca de su ser querido, cosa que en la actualidad sigue teniendo muy poca importancia y conciencia de dicha necesidad. Todo esto lleva al paciente a experimentar una magnitud de emociones, sentimientos o sensaciones estresantes durante su estancia en la UCI.

Un factor estresante que contribuye en el proceso emocional y físico del paciente durante la estancia en UCI es la soledad (3), la cual es percibida desde el momento de ser ingresados en la misma, debido a que el tiempo de visita para estar con su familia o seres queridos es reducido y es aún más difícil, para aquellos que la mayoría de veces durante este lapso de tiempo no se encuentran despiertos, lúcidos u orientados.

Con el hecho de ingresar en la UCI el paciente siente que es “arrancado” de su casa, de su familia y de su vida y una vez allí, llega a sentir una sensación de desamparo físico, mental y en aislamiento; pero también se encuentran, el aburrimiento, el miedo y la angustia que no pueden expresar con sus familiares o personas que conformen su círculo de confianza (4).

Uno de los factores comunes que describieron los informantes en un estudio realizado en una UCI de Medellín fue la sensación de abandono y soledad debido a que entre más grave fuera la enfermedad y su tiempo de recuperación, mayor era su estancia hospitalaria por lo que se dificultaba el acceso de sus familiares para estar acompañándolo en todo momento y no poder mantener un contacto físico, de palabras o demostraciones de afecto por parte las personas que quieren y los quieren (5).

Se consideró importante comprender el significado que le dan los pacientes a la soledad experimentada en la UCI durante la estancia hospitalaria debido a que esto permitiría como personal de salud generar e implementar estrategias beneficiosas para la recuperación del paciente y a mejorar la experiencia durante su estancia hospitalaria, contribuyendo así a generar una perspectiva diferente sobre dicha temática que influye a grandes rasgos en el bienestar y la calidad de vida del paciente.

La presente investigación surge como resultado de una necesidad identificada en el servicio de UCI de la clínica Medical Duarte, se evidenció la limitación de visitas permitidas y acompañamiento a los pacientes que se encuentran en la UCI de la misma, ya que se restringen el número de personas, los horarios en el cual se da el espacio de interacción con los seres queridos o conocidos del paciente, de igual forma dentro de las políticas institucionales aún no se han implementado estrategias tales como “UCI puertas abiertas” las cuales se ha demostrado que traen un efecto beneficioso para el paciente y sus familiares (6).

Actualmente no se encuentran estudios a nivel local cuya temática central sea el significado de la soledad para los pacientes hospitalizados en la UCI, se revisaron distintos aportes realizados por autores de índole internacional y nacional sobre las experiencias vividas por aquellos que pasaron por un proceso de hospitalización en la UCI, entre las cuales se encontraban que la soledad era una de las más mencionadas por los pacientes y a pesar de esto no se profundizó respecto a la misma ni se describía el significado que esta representaba para cada uno de ellos.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Comprender el significado de la soledad para los pacientes hospitalizados en la UCI de la Clínica Medical Duarte.

Objetivos específicos

- Analizar el sentido que le dan los pacientes al significado de soledad.
- Descubrir el motivo de la soledad de los pacientes.
- Indagar los sentimientos influyentes en la soledad experimentada por los pacientes

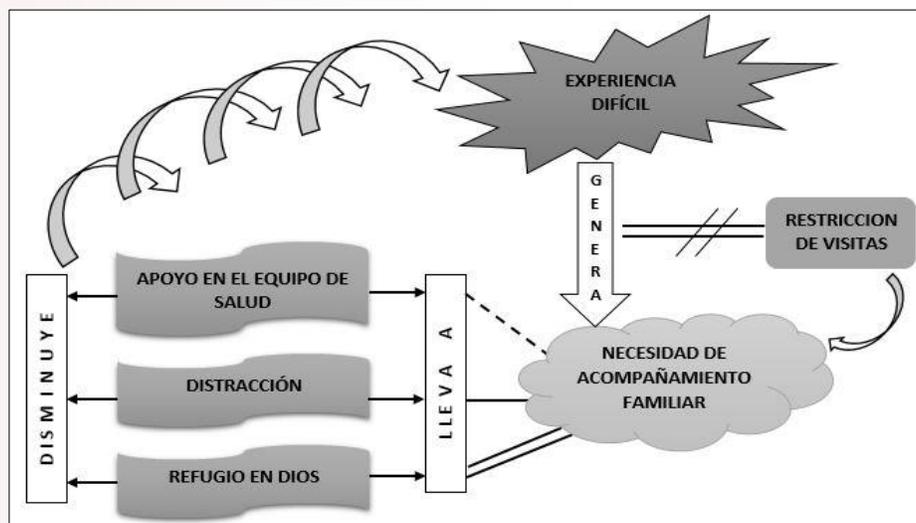
MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, teniendo como muestra un grupo de 8 informantes con egreso hospitalario de la UCI de la Clínica Medical Duarte no mayor de 3 meses; para la recolección de los datos se utilizó la entrevista abierta a profundidad, las cuales se les realizó 2 a cada informante, para un total de 16 entrevistas.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

Al analizar y codificar las entrevistas emergieron 6 categorías; como categoría central: “experiencia difícil” y como categorías generales: “restricción de visitas”, “apoyo del equipo de salud”, “distracción”, “necesidad de acompañamiento” y “refugio en Dios”.

Estos hallazgos evidenciaron, que estar en UCI representa una “experiencia difícil”, debido al sentimiento de soledad que se experimenta con frecuencia. Esto a su vez, genera una “necesidad de acompañamiento familiar”, que se ve afectada por la “restricción de visitas” y que lleva, a que los informantes acudan a estrategias que permitan disminuir dicha “experiencia difícil”; dentro de los cuales se encuentra, el “apoyo en el equipo de salud”, la “distracción” y el “refugio en Dios”; siendo este último, el más fuerte al que suelen acudir con frecuencia, y el primero, el más débil (figura 1).



CONCLUSIONES

El significado dado por los pacientes a la soledad se basó en los sentimientos experimentados durante su proceso de hospitalización en la UCI; los cuales afectaron una parte del proceso de recuperación ya que estos mencionaban sentirse inconformes con los horarios de visita; tampoco tenían alternativas de distracción y solo se incrementaban pensamientos inadecuados que les agobiaban y no les permitía canalizar energías positivas que contribuyeran al proceso de recuperación.

El sentido dado por los pacientes a la soledad fue la aficción que esta les genera en la recuperación de su estado de salud, la cual era percibida como un factor que desmejoraba su salud física, mental y espiritual, ocasionado por la sensación de no tener a alguien que estuviese constantemente brindándoles apoyo y el hecho de estar en un entorno desconocido, frío y de abandono no les motivaba para tomar acciones efectivas en pro de la recuperación del estado de salud. Así mismo, el sentido que le dan a la soledad, es aquella que experimentan aún al estar rodeados de tantos pacientes y personal de salud, por no ser considerados realmente como una compañía que les brinde una sensación de alivio o confort.

El principal motivo de la soledad en los pacientes fue dado por los sentimientos experimentados dentro de la UCI, como lo fueron la tristeza, el agobio, la preocupación, el temor, la ansiedad, etc. y la falta de compañía constante que les permitiera comunicar y expresar todos aquellos sentimientos vividos, la falta de comunicación con las personas del entorno les hace sentirse solos, llevándolos a tomar acciones como el llanto, comerse las uñas, arrancarse el pelo, entre otras; a través de las cuales liberan los sentimientos reprimidos.

RECOMENDACIONES

A nivel investigativo, se recomienda elaborar proyectos que permitan conocer las experiencias por las que atraviesan los pacientes estando hospitalizados en la UCI en la ciudad de Cúcuta, y el significado que tiene cada una de estas para su vida; cada una de las experiencias que se pueda encontrar en estos pacientes tiene un significado diferente por lo cual es necesario conocer de qué manera puede influir esta ya sea de manera negativa o positiva en la vida de cada paciente.

A nivel institucional, si bien la restricción de visitas es una de las estrategias para evitar la propagación de las infecciones en un área tan delicada como es la UCI, es necesario que se tenga en cuenta la parte emocional del paciente como un eje fundamental en su proceso de recuperación, la cual podría resultar beneficiosa al implementar políticas como la de "UCI de puertas abiertas", que permite la comunicación eficaz, oportuna y clara entre profesionales, familiares y pacientes, lo que es ideal para promover la humanización, reconociendo las necesidades propias y del otro; teniendo en cuenta que durante la última década, ha estado tomando fuerza a nivel nacional el auge de la humanización de los cuidados intensivos (HUCI).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Baena V. El temor y la experiencia del paciente en UCI. [internet]. Antioquia: Universidad de Antioquia. 2007. [citado 2019 Mar 31]. Disponible en: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/42/3/BaenaVictoria_2007_Contentido.pdf
2. Montenegro PA, Farias Reyes D, Quiroga Toledo N. Visita restrictiva / visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. 2016;16:340–58.
3. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz Á. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Med. Intensiva [Internet]. 2007 [citado 2019 Mar 31]; 31(6): 273-280. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600002&lng=es
4. Leiva Miranda V. Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Clin Med Intensiva. 2010;25(4):199–203.
5. Beltrán Salazar A. The Experience of Being Hospitalized in an Intensive Care Unit. Intensivo C. un lugar para quedarse solo a The Intensive Care Unit , a place to be alone. 2009; XXVII:34–45.
6. Ayllon Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernandez MI, Sanchez Zugazua J. Unidad de cuidados intensivos: perspectiva de los profesionales. [Internet]. 2014 [consultado 01 abril del 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-unidad-cuidados-intensivos-puertas-abiertas-S1130239913000941>

DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE UN PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA EN CÚCUTA, II SEMESTRE DE 2018

Freddy Elías Perilla Portilla*
Dubán Alexis Castro Galván*
Karoline Mariana Hernández Blandón*
María Fernanda Rincón Silva*
Jennifer Andrea Jaimes Chaustre*
Meybet Alejandra Alba León*
Mónica Peñaloza García**

* Estudiantes Programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta, Colombia. Miembros del Semillero de Investigación Rumbo al Conocimiento. Correos: freddyeliaspp@ufps.edu.co, dubanalexiscg@ufps.edu.co, karolinemarianahb@ufps.edu.co, silvamaríafernandar@ufps.edu.co, jenniferandreaajc@ufps.edu.co, meybetalejandraal@ufps.edu.co. Cúcuta, Colombia.

** Enfermera. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Doctorando en Nutrición con especialidad en Alimentos Funcionales, Nutraceutica y Nutrigenética. Docente Auxiliar adscrita al Departamento Atención Clínica y Rehabilitación de la Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta, Colombia, miembro del Grupo de Investigación en Cuidado de Enfermería. Correo: monicapg7@ufps.edu.co. Cúcuta, Colombia.

RESUMEN

Enfermedades mentales como depresión, ansiedad y estrés se han incrementado en el mundo; depresión, trastorno biológico en respuesta a evento desagradable o acontecimiento psicosocial que genera infelicidad, tristeza o dolor emocional; ansiedad, grupo de enfermedades manifestadas por preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación, con deterioro en actividad del individuo; estrés, reacciones fisiológicas no específicas del organismo causado por instinto de protección a agentes nocivos físicos o químicos del ambiente. Se realizó estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo y transversal, cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de un programa de Enfermería de una universidad pública en Cúcuta, II semestre de 2018. Se aplicó encuesta auto administrada de 21 ítems de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, de Lovibond y Lovibond (DASS-21), con varianza de 49% y coeficiente alpha de Cronbach de 0.93 para el instrumento total, a una muestra de 307 participantes de I-VIII semestre. En resultados globales se determinó un 65,1% sin depresión, 59,5% sin ansiedad y 39% sin estrés, por no encontrar compromiso evidente de reactivos en estas dimensiones; sin embargo, en la proporción restante se detectó algún nivel de estrés, ansiedad y depresión, preocupando a los autores la existencia de estas condiciones en la población estudiantil. En conclusión, aunque los resultados muestran un bajo nivel en depresión, ansiedad y estrés, es alarmante la presencia de estas en los estudiantes, aspecto que puede generar complicaciones que deriven en compromisos severos para la salud mental y física de los estudiantes.

Palabras Clave: Trastorno Situacional Transitorio, Alumnos de Enfermería.



INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los trastornos mentales se describen como un problema de salud a nivel mundial, por afectar al 25% de la población en países desarrollados y subdesarrollados, estando entre las diez primeras causas de discapacidad según la Organización Mundial de la Salud, proyectándose a la depresión como la segunda causa de incapacidad en el mundo para el año 2020. Así mismo, el texto de la salud en las Américas reportó que en Colombia dos de cada cinco personas han presentado al menos una vez durante toda su vida algún trastorno mental donde la ansiedad y la depresión se da tanto en hombres como en mujeres (1, 2).

Del mismo modo, los reportes del Sistema de vigilancia epidemiológica del Departamento Norte de Santander, muestran la tendencia al aumento en la totalidad de los casos presentados por patologías como la ansiedad, y una reducción significativa en la depresión total de la población (3); sin embargo, los reportes de la Secretaria de Salud de la Ciudad de Cúcuta, mencionan un incremento de los casos de ansiedad y depresión en el Municipio para ambos sexos, durante los últimos tres años (4).

En consonancia con lo anterior, al definir cada una de las condiciones, la literatura muestra al estrés como aquellas respuestas humanas de tipo neuroendocrino, inmunológico, emocional y conductual ante situaciones que se perciben como amenazantes a nivel biopsicosocial, que puede proceder de cualquier situación o pensamiento de frustración o molestia que induce manifestaciones fisiológicas para afrontar las amenazas (5).

Por su parte, la ansiedad es un sentimiento de miedo y nerviosismo en la que algunas veces no se conoce la causa generando mayor inquietud y presentando manifestaciones cognitivas, motoras y fisiológicas que alertan al individuo de un peligro real, pero cuando este es superado podría ocasionar daño convirtiéndose en algo difícil de afrontar (6).

Los trastornos de ansiedad producen la sensación intensa e incontrolable de preocupación o pánico, que puede terminar en un estado depresivo cuando no se reconocen oportunamente los signos y síntomas que le anteceden a este último.

Finalmente, la depresión está descrita como un trastorno afectivo donde la persona presenta síntomas de tristeza, pérdida, ira, frustración, anhedonia, cansancio, baja autoestima, trastornos de sueño y apetito, entre otras, pueden interferir las actividades de la vida diaria durante un período prolongado generando en algunas personas ideación autodestructiva (7).

Al mismo tiempo, para identificar estas alteraciones, se han propuesto diversos instrumentos que permiten medir los niveles de depresión, ansiedad y estrés en profesionales de diversas ramas, especialmente de la salud; sin embargo, los estudios con universitarios y del área de Enfermería no son tan numerosos.

En este contexto, la población de instituciones de educación superior se expone a una serie de factores de riesgo que podrían derivar en la presencia de trastornos mentales como los anteriormente mencionados potencialmente provocados por las responsabilidades académicas, las pruebas de conocimientos y habilidades, el modelo pedagógico impuesto, las calificaciones bajas que se reflejan en la pérdida de asignaturas y podrían prolongar el tiempo para graduarse, los problemas financieros, algunos problemas afectivos y el distanciamiento de su familia, las expectativas del estudiante respecto al programa escogido y su adaptación tanto a la institución, como a sus compañeros, la ciudad, entre otros (8, 9).

Uno de los aspectos destacados es la transición a la universidad que requiere de los jóvenes un esfuerzo por adaptarse a nuevos roles, normas, responsabilidades y demandas académicas en un ambiente de mayor competitividad. Como se mencionó anteriormente, los universitarios se enfrentan a diversos factores estresores relacionados con los horarios, las condiciones de las aulas, los exámenes, la espera de calificaciones o la incertidumbre hacia el futuro.

Se han descrito también diferentes factores que pueden ocasionar estrés y sufrimiento psíquico, exigiendo del estudiante su capacidad adaptativa; autores como Looker y Gresson señalan la importancia de ciertos niveles de estrés como una necesidad para lograr el estado de alerta adecuado para realizar correctamente las tareas y exigencias del universitario (10).

Para manejar las situaciones que generan estrés y prevenir de alguna forma que evolucionen a estados de ansiedad y depresión, el individuo utiliza estrategias de afrontamiento como una serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles entre las que se encuentran la resolución de problemas y la regulación emocional (11).

La importancia de esta investigación científica está orientada a la identificación de las condiciones de depresión, ansiedad y estrés que afectan la salud mental de los estudiantes de un programa de Enfermería, que servirán como insumo para el diseño exitoso de diferentes estrategias de intervención de acuerdo a la normatividad colombiana legal vigente.

Por estas razones, los investigadores se interesaron en la población universitaria del área de la salud en una institución pública, siendo un producto del Semillero de Investigación Rumbo al Conocimiento, donde se encontraron importantes hallazgos. Los resultados benefician a nivel social al programa de Enfermería, aportando actuales conceptos y datos locales de depresión, ansiedad y estrés, convirtiéndose en base para futuras investigaciones en las cuales se podrán ampliar los conocimientos sobre los casos identificados.

A nivel teórico, los problemas de salud mental como depresión, ansiedad y estrés requieren de procesos de afrontamiento y adaptación que han sido descritos por diferentes autores de Enfermería y otras disciplinas como aquellos métodos donde el individuo intenta ajustarse a las circunstancias del entorno externo e interno, con la finalidad de mantener la integridad biopsicosocial, haciendo uso óptimo de los recursos disponibles (12). No obstante, el vacío del conocimiento desde la disciplina de Enfermería se basa en la insuficiencia de teorías o modelos teóricos en salud mental, área que se está fortaleciendo.

OBJETIVO

Determinar el nivel de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de un programa de Enfermería de una universidad pública en Cúcuta, II semestre de 2018.

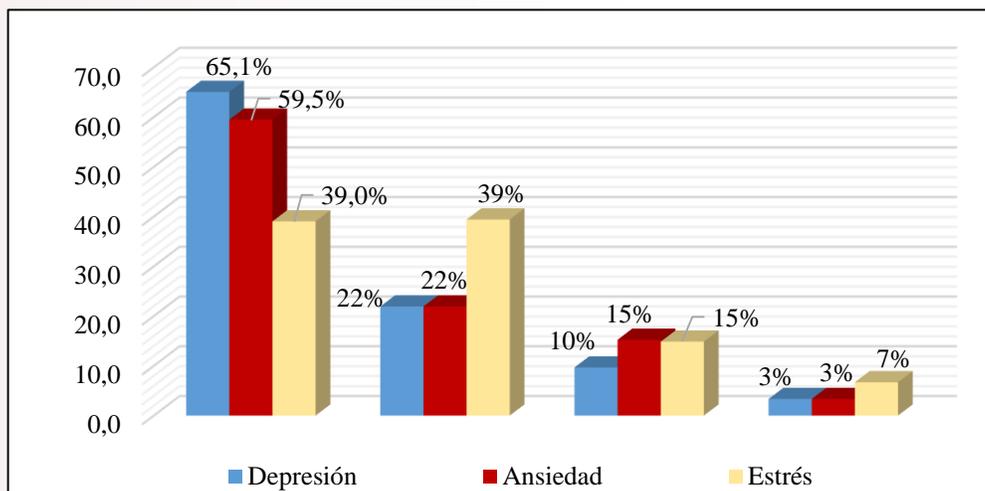
MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de paradigma cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 307 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión, en un muestreo de tipo intencional, previo consentimiento informado. Se aplicó el Instrumento DASS-21, escala autoaplicable diseñada por Lovibond y Lovibond en (1995), compuesta por tres categorías: depresión, ansiedad y estrés que consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta en una escala tipo Liker que van de cero 0 (no aplica nada en mi) hasta tres 3 (se aplica mucho a mi la mayor parte del tiempo), con una varianza de 49% y un coeficiente alpha de Cronbach de 0.93 para el instrumento total, donde las subescalas de siete reactivos cada una, identifican síntomas de cada condición mental.

RESULTADOS

Se obtuvo una alta participación de estudiantes de todos los semestres con un comportamiento similar de las diferentes variables. En los hallazgos generales, se observa predominio de personas sin depresión en un 65%, sin ansiedad en el 59,5% y sin estrés o con estrés leve en un 39% para cada una; igualmente el comportamiento determinó en bajas proporciones la existencia de algún nivel de depresión, ansiedad y estrés.

Gráfico 1: Hallazgos generales de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de un programa de Enfermería de una universidad pública en Cúcuta.



Fuente: Resultados estudio depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de un programa de Enfermería de una universidad pública en Cúcuta, II semestre de 2018.

Tabla 1: Nivel de Depresión en estudiantes de un programa de Enfermería de una universidad pública en Cúcuta.

Nivel / Semestre	Depresión			
	Sin depresión	Leve	Moderada	Severa
I	58,3%	25,0%	10,4%	6,3%
II	65,8%	28,9%	5,3%	0,0%
III	68,6%	17,1%	14,3%	0,0%
IV	65,1%	16,3%	11,6%	7,0%
V	65,8%	26,3%	7,9%	0,0%
VI	71,8%	20,5%	5,1%	2,6%
VII	60,7%	17,9%	14,3%	7,1%
VIII	65,1%	21,9%	9,7%	3,3%
Total	65%	22%	10%	3%

Fuente: Resultados estudio depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de un programa de Enfermería de una universidad pública en Cúcuta, II semestre de 2018.

Cabe señalar que un 35% de la población sujeto de estudio percibe algún nivel de Depresión, distribuido en leve con un 22%, moderada con el 10% y severa en un 3%. Llama la atención que primero, cuarto y séptimo semestre tienen el mayor número de universitarios de enfermería en nivel severo de depresión; en tanto que los semestres segundo, tercero y quinto no reportan estudiantes con ese mismo nivel de depresión.

Tabla 2: Nivel de Ansiedad en estudiantes de un programa de Enfermería de una universidad pública en Cúcuta.

Nivel / Semestre	Ansiedad			
	Sin ansiedad	Leve	Moderada	Severa
I	54,2%	20,8%	18,8%	6,3%
II	57,9%	26,3%	10,5%	5,3%
III	51,4%	28,6%	17,1%	2,9%
IV	53,5%	25,6%	20,9%	0,0%
V	73,7%	15,8%	10,5%	0,0%
VI	69,2%	20,5%	5,1%	5,1%
VII	57,1%	14,3%	25,0%	3,6%
VIII	59,5%	21,9%	15,2%	3,3%
Total	59,5%	22%	15%	3%

Fuente: Resultados estudio depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de un programa de Enfermería de una universidad pública en Cúcuta, II semestre de 2018.

En relación con la ansiedad, el comportamiento muestra un 40% de los estudiantes en algún nivel de ansiedad; un 22% percibe un nivel leve de ansiedad, 15% moderada y 3% severa. Los semestres cuarto y quinto no mostraron ansiedad severa, mientras que primero, segundo y sexto reportaron el mayor número de estudiantes con este nivel de ansiedad.

Tabla 3: Nivel de Estrés en estudiantes de un programa de Enfermería de una universidad pública en Cúcuta.

Nivel / Semestre	Estrés			
	Sin estrés	Leve	Moderada	Severa
I	35,4%	37,5%	16,7%	10,4%
II	36,8%	39,5%	15,8%	7,9%
III	22,9%	65,7%	11,4%	0,0%
IV	37,2%	34,9%	16,3%	11,6%
V	55,3%	31,6%	10,5%	2,6%
VI	59,0%	30,8%	5,1%	5,1%
VII	21,4%	39,3%	32,1%	7,1%
VIII	39,0%	39,4%	14,9%	6,7%
Total	39,0%	39%	15%	7%

Fuente: Resultados estudio depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de un programa de Enfermería de una universidad pública en Cúcuta, II semestre de 2018.

De manera semejante, el 58% muestran algún nivel de estrés; el 39% se percibieron en nivel leve, el 15% moderado y el 7% severo; el III semestre no se perciben con estrés severo, en tanto que primero y cuarto, seguido de segundo, séptimo y octavo semestre son los que muestran mayor número de estudiantes con este nivel de estrés.

DISCUSIÓN

Los estados mentales se han transformado en un problema de salud pública que afectan cada vez a más personas en el mundo, convirtiéndose en un tema de interés para el profesional de Enfermería; tanto trabajadores como estudiantes pueden estar expuestos a factores de riesgo que conlleven a estas situaciones requiriendo intervenciones efectivas de ayuda para poderlas afrontar de manera efectiva.

Hablar de cada uno de ellos por separado podría ser una opción si se revisaran de manera aislada, pero es importante entender la continuidad de los tres síndromes, ya que unos altos niveles de estrés podrían derivar en trastornos de ansiedad y éstos finalmente traducirse en estados de depresión (13). El instrumento aplicado indaga los tres estados para el mismo individuo, identificando en cada uno de ellos los aspectos que potencialmente los hayan desencadenado (14).

Cuando se indagó sobre Depresión, se cuestionó en aspectos como “sentir que la vida no tenía sentido, que no valía nada como persona, que no tenía nada que esperar, desanimado (a) y triste, incapaz de entusiasmarse acerca de nada, no experimentar ningún sentimiento positivo y encontrar difícil tener la iniciativa para hacer las cosas”.

Así mismo, en el caso de la Ansiedad, sus reactivos afirmaban que “estuvo consciente de la acción de su corazón en ausencia de esfuerzo físico, que experimentó dificultad para respirar, que estuvo consciente de la resequedad de mi boca, que sintió miedo sin ninguna razón, que encontró difícil terminar las cosas, que tendió a reaccionar exageradamente ante situaciones y que sintió que estaba más bien susceptible”.

De igual manera, para el Estrés se preguntó si “sintió que estaba usando mucha energía nerviosa, si encontraba difícil relajarse, si estuvo intolerante con todo lo que le distrajera de lo que estaba haciendo, o preocupado acerca de las situaciones ante las cuales se asusta y hace el ridículo, si experimentó temblores, si se encontró a sí mismo poniéndose nervioso y si sintió que estuvo a punto de entrar en pánico”.

Algunos trabajos con estudiantes universitarios del área de la salud también han mostrado la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, asociados a problemas de apoyo social y familiar, económicos y de uso del tiempo (15); del mismo modo, refieren que cuando el individuo presenta niveles bajos de depresión, ansiedad y estrés, demuestran mayor habilidad para el manejo de las sensaciones, y niveles altos de depresión evidencian la conducta focalizada en las emociones persistiendo la repetición de esos desajustes (16).

Para el caso del estrés en estudiantes de enfermería, este se puede desencadenar en función al semestre cursado, la carga académica del mismo, e igualmente las responsabilidades en las prácticas formativas, estando en un complejo proceso de transformación y convergencia (17).

Simultáneamente, la ansiedad y las fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud han evidenciado una frecuencia significativa en factores asociados a ésta como los niveles de exigencia académica, los resultados académicos, factores socioeconómicos y socioemocionales (18); también, entre los factores asociados a síntomas de ansiedad en los estudiantes del programa de enfermería se encuentran los problemas académicos, la orientación sexual y la relación familiar (19).

Por lo que se refiere a la prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en el estudiantado universitario del grado en enfermería, los síntomas de depresión asociados a niveles promedio de autoestima fueron el dolor emocional, las quejas físicas, los trastornos del sueño y apetito, el cansancio, la falta de concentración, la tristeza, un comportamiento de aislamiento, la pérdida del interés, la dificultad de razonar, entre otras. Además del estado emocional que caracteriza a la depresión, el estudiante deprimido puede percibir problemas con su salud física, a pesar de que no los relacione a esta condición (20).

Finalmente, la exigente preparación que implica un esfuerzo en los estudiantes de Enfermería, pueden llevar a la aparición de signos y síntomas que afectan la neuroplasticidad y neurogénesis, según la descripción de trastornos como el estrés, la ansiedad y la depresión; una exposición continua a estresores puede evidenciarse en la persona con elevación de los niveles de oxitocina, dopamina, adrenalina, noradrenalina que potencialmente deriven en el riesgo de sufrir trastornos orgánicos y mentales (21), siendo importante intervenir adecuadamente sobre los factores del riesgo para disminuir los niveles encontrados en estos futuros profesionales del área de la salud.

Hay que mencionar, además que una vez identificados los niveles autopercebidos de depresión, ansiedad y estrés, el individuo puede aplicar estrategias de afrontamiento según su estilo configurado de comportamiento y de relación con el medio construido desde la infancia; estas acciones en respuesta a los estresores presentes pueden funcionar para conservar su integridad física y mental, entre las que se incluyen aquellas formas activas o exitosas que reflejan el trabajo para transformar los conflictos, aunque podría ser justamente lo contrario y aplicar formas pasivas o evitativas con actitudes evasivas y de negación, con la presencia de fantasías, aferra a la religión, sentimientos de culpa y una fuerte crítica hacia sí mismo (22, 23). De ahí la necesidad de proponer estrategias para la prevención y el manejo de situaciones que afecten la salud mental de la comunidad universitaria.

CONCLUSIONES

Siendo el estrés uno de los factores desencadenantes de ansiedad y depresión, en la población objeto se observan mayores niveles del mismo en cada uno de los semestres académicos del Programa, destacándose primero y cuarto, seguido de segundo, séptimo y octavo semestre.

Los diferentes niveles de ansiedad desarrollan en el individuo cambios conductuales, afectivos y cognitivos que afectan su forma de relacionarse con el medio; al respecto, se destaca que los semestres primero, segundo y sexto reportaron el mayor número de estudiantes con ansiedad severa, convirtiéndose en una alarma para realizar actividades que resguarden la salud mental de estos.

Finalmente, debido a diferentes factores tanto psicológicos como físicos y socioeconómicos, algunos estudiantes se perciben con cierto nivel de depresión; se determinó que primero, cuarto y séptimo semestre tienen mayor número de universitarios de enfermería en nivel severo de depresión.

Aunque los resultados globales muestran un bajo nivel en depresión, ansiedad y estrés en los estudiantes del programa de Enfermería de una universidad pública en Cúcuta, es alarmante la presencia de estas en los estudiantes del inicio, la mitad y la culminación de la carrera, aspecto que puede generar complicaciones que deriven en compromisos severos para la salud mental y física de los estudiantes y futuros profesionales de la salud.

RECOMENDACIONES

Ampliar el estudio a otras universidades para realizar un comparativo y determinar si esta situación es generalizada en la región; así mismo, se sugiere realizar una investigación de tipo cualitativo que permita ahondar mucho más en los casos de depresión, ansiedad y estrés severo, de tal manera que se puedan identificar los factores que han llevado a su aparición y desde el programa de Enfermería, establecer los manejos correctivos a los ya existentes preventivos para el resto de la comunidad académica, especialmente estudiantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Programa Mundial de Acción en Salud Mental. [Internet]. 2015. [Citado Septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf
2. Colombia. Salud en las Américas. [Internet]. 2017. [Citado Septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf>
3. Pérez A. Reporte epidemiológico. Ansiedad y depresión. [IDS, Instituto Departamental de Salud] Colombia – 2014. Sala Situacional Instituto Departamental de Salud. Disponible en: <http://salasituacionalidsnds.weebly.com/informacioacuten.html>
4. Rangel C. Reporte de trastornos mentales. Secretaria de Salud. Cúcuta 2015.
5. Navarro PV, López DL, Cárdenas SP. Estresores psicosociales y depresión mayor recurrente. Revista Salud Bosque, 1(2), 39-53. [Internet]. 2015. [Citado Septiembre de 2018]. Disponible en: <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/94/80>
6. Guerra Santiesteban JR, Gutiérrez Cruz M, Zavala Plaza M, Singre Álvarez J, Goosdenovich Campoverde D, Romero Frómata E. Relación entre ansiedad y ejercicio físico. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 36(2), 169-177. [Internet]. 2017. [Citado Septiembre de 2018]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002017000200021&script=sci_arttext&lng=pt
7. Cosgaya Sandoval LE, Ramírez Castro EI, Pinto Loría MDL, Medina V, Victoria Y, Compañ Escalante AA, Azucena Y. Nivel de depresión en personas mayores de 65 años del estado de Yucatán según su contexto social. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 17(3), 958-977. [Internet]. 2017. [Citado Septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2014/epi143d.pdf>
8. Bohórquez A. Prevalencia de depresión y de ansiedad según las escalas de Zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. [Internet]. Colombia; 2014. [Citado Septiembre de 2018]. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/442/1/med3.pdf>
9. Leal E, Pérez Y, Benítez Y. depresión, ansiedad y estrés asociados al rendimiento académico de los estudiantes del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander desde la perspectiva de la teoría de la adaptación de Sor Calixta Roy. Colombia. 2013. Biblioteca Programa de enfermería.
10. Gardon MR. Las personas con predisposición al estrés ¿eligen estudiar enfermería? [Internet]. 2015. [Citado Septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/c1aa5c2e-c833-4dda-96a0-3a7b9d153f5c/d486475e-2b4d-43ab-b2c7-a8b199de04ee/personasestrestudiarenfemeria.pdf>
11. Rodríguez J. Afrontamiento de la enfermedad crónica y el dolor. [Internet]. 2010 [Citado Septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2010-11/8PC-AFRONTAMIENTO.pdf>
12. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería Barcelona. 2015.

13. Antúnez Z, Vinet EV. Escalas de depresión, ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55. [Internet]. 2012. [Citado Septiembre de 2018]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000300005&script=sci_arttext
14. Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the Depresión Anxiety & Stress Scales*. Psychology Foundation(2nd), 2010. Recuperado en agosto de 2018, de <https://serene.me.uk/tests/dass-score-guide.pdf>
15. Vergara KA, Cárdenas SD, Martínez FG. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181. [Internet]. 2013. [Citado Septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745013700040>
16. Barraza López RJ, Muñoz Navarro NA, Behrens Pérez C. Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(1), 18-25. [Internet]. 2017. [Citado Septiembre de 2018]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272017000100003&script=sci_arttext&tlng=en
17. De Dios Duarte MJ, Montero I, Diaderia L, Sánchez E. Estrés en estudiantes de enfermería. [Internet]. 2019 [Citado Agosto de 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000300013
18. Castillo C, Chacón de la Cruz T, Díaz G. Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud [Internet]. 2019 [Citado Agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505716000491>
19. Hernández Marín J. Factores asociados a síntomas de ansiedad en los estudiantes del programa de enfermería de la Universidad De Santander - UDES, Bucaramanga. [Internet]. Repositorio.udes.edu.co. 2019 [Citado Agosto de 2019]. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/407?mode=full>
20. Pego-Pérez E, del Río-Nieto M, Fernández I, Gutiérrez-García E. Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia. [Internet]. 2019. [Citado Agosto de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988348X2018000200005&lng=es&nrm=iso
21. Tijerina González LZ, González Guevara E, Gómez Nava M, Cisneros Estala MA, Rodríguez García KY, Ramos Peña EG. Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 17(4), 41-47. [Internet]. 2019. [Citado Agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2018/spn184e.pdf>
22. López CG. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Hallazgos*, 6(12), 201-213. [Internet]. 2009. [Citado Agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4138/413835200009.pdf>
23. Sarmiento González P, Botero Giraldo J, Carvajal Carrascal G. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión modificada en español. *Index de Enfermería*, 22(4), 233-236. [Internet]. 2013. [Citado Agosto de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000300009&script=sci_arttext&tlng=pt

A DIMENSÃO CULTURAL NO CUIDAR – ORIENTAÇÕES DA ENFERMAGEM TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER

Esperança Gago*

*Mestre em Ciências de Enfermagem e Pós-graduada em Ciências da Educação. Licenciada em Enfermagem - Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Directora e Docente do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave-CESPU.

RESUMO

Iniciarei por fazer uma pequena síntese da sociedade portuguesa a nível multicultural com a presença transcultural de vários cidadãos do mundo em Portugal. De seguida abordarei a perspetiva do cuidado e das intervenções de enfermagem em Portugal, assim como a coresponsabilização da sociedade portuguesa de promover contextos e programas curriculares que respondam às exigências multiculturais das pessoas a nível da sua saúde, integrada na perspetiva epistemológica da enfermagem. Apresentarei também uma síntese de uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de compreender o que se tem feito nesta área do conhecimento e a amplitude da dimensão cultural nos desafios dos cuidados práticos. Terminarei com algumas notas reflexivas, enaltecendo a importância de se continuar a fazer investigação nesta área do conhecimento.

A mobilidade das pessoas, de forma individual ou em grupo, é uma realidade a nível mundial. A motivação desta mobilidade é multifatorial, podendo ser por motivos políticos, económicos, sociais ou até mesmo de turismo. Independentemente dos motivos, as sociedades e as organizações hospedeiras deverão desenvolver programas de saúde e de ensino que adequem os recursos, conhecimentos e práticas que respondam às necessidades das pessoas na sua dimensão multicultural, de forma competente, congruente e culturalmente sensível.

Através do relatório de Imigração, fronteiras e Asilo de 2017 do Serviço de estrangeiros e Fronteiras verifica-se a permanência, em Portugal, de cerca de quase meio milhão de cidadãos estrangeiros dos vários continentes, com maior representatividade da América Latina, África e Europa, havendo representação também da Ásia, Estados Unidos e Austrália. Estes números referem-se a cidadãos estrangeiros em permanência, no entanto durante todo o ano há a presença de diversas nacionalidades de forma transitória por motivos de turismo.

Podemos considerar que Portugal se transformou nas últimas décadas como uma sociedade multicultural o que implica a adoção de programas no ensino da enfermagem que contemplem o cuidar na dimensão da enfermagem transcultural. Também se terá, para além da adoção de programas curriculares, promover a reflexão sobre as consequências da imigração, com características étnicas diversas, assim como experiências de vida e culturas dentro da comunidade portuguesa repensando as práticas dos cuidados.



A implementação dos programas curriculares, focados no conhecimento transcultural, durante os quatro anos de formação em enfermagem e a reflexão sobre os mesmos, deverão ter reflexo na prática durante os ensinamentos clínicos, através da avaliação sistemática e sistematizada das situações de saúde/doença com escuta ativa, planeamento e execução de cuidados holísticos baseados na cultura individual.

Quando se fala em Enfermagem vários conceitos e perspetivas de cuidar deverão ser revisitados e refletidos.

A primeira questão que se nos coloca é qual é o alvo de intervenção dos enfermeiros; a seguinte é como é que os enfermeiros desenvolvem as suas práticas e em que se fundamentam para desenvolver as mesmas. Estas considerações prendem-se com a perspetiva sociológica de que a enfermagem como profissão terá que ter para além de outros requisitos, saber e conhecimento próprio. Este conhecimento só será útil, se for mobilizado para uma práxis que incorpora o desenvolvimento de competências profissionais, de forma sistemática e sistematizada. Ou seja, desenvolver uma prática baseada na evidência.

O alvo de intervenção dos enfermeiros são os seres humanos ao longo do seu ciclo vital e grupos sociais, considerando a família e comunidade. O objetivo da intervenção é a promoção da saúde e da capacidade funcional, prevenção e recuperação da doença.

Os enfermeiros ao atuarem com as pessoas que cuidam com o objetivo de promover a saúde, a capacidade funcional, a prevenção e a recuperação da doença têm que desenvolver a sua ação através da interação com os utentes, e estabelecer a relação de ajuda, “fazer por” e “fazer com”, orientar, supervisionar, encaminhar e avaliar resultados. Estas intervenções segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996) são classificadas em duas tipologias: - intervenções autónomas e - intervenções interdependentes.

Por intervenções autónomas de acordo com o REPE, artigo 9º, nº2 entende-se: “as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos da investigação em enfermagem”. Por intervenções interdependentes, entende-se “as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (REPE, artigo 9º, nº 3).

Os enfermeiros balizados pelas suas qualificações profissionais organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem, decidem sobre as técnicas e os meios a utilizar na prestação de cuidados, potencializando e rentabilizando os recursos existentes, promovendo a confiança e a participação dos cidadãos.

Quando se pensa e se fala em cuidados de enfermagem temos necessidade de fazer uma reflexão filosófica e ontológica sobre a natureza e domínio deste conceito. Nesta reflexão as teorias e os modelos levam-nos à compreensão destes conceitos e transferir este pensamento para uma prática competente baseada na evidência científica.

Os desenvolvimentos das teorias de enfermagem começaram na década de 50 e tiveram um grande impulso nos anos 60 e 70 do século XX. Este emergir de conceitos teóricos, teorias e modelos, fizeram despertar nos enfermeiros o poder da relação na interação com as pessoas que cuidavam. A reforçar este sentir os enfermeiros tiveram os contributos de Hildegarde Peplau com a sua obra *Interpersonal Relations in Nursing* e continuada por outras autoras como Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestina Wiedenbach ou Imogene King.

Outros autores seguiram a Escola de Virginia Henderson, nomeadamente Dorothea Orem, Fay Abdellah e Nancy Roper, Logan e Thierney, conhecida como a “Escola das Necessidades”.

Os estudos foram crescendo, e outras perspetivas e outros olhares foram equacionados, embora não colocando em causa as necessidades de cuidados físicos, mas outro paradigma se focalizou nos aspetos psicossociais do cuidado.

Martha Rogers com a teoria dos “seres humanos unitários”, em que concebe a totalidade da pessoa como campo de energia, co-extensivo com o ambiente, Margareth Newman e Rose-Marie Rizzo Parse na teoria “Homem-vida-saúde” desenvolveram a enfermagem como ciência holística.

Outros autores enfatizaram a função cuidativa, como por exemplo Watson, que descreve a enfermagem como “ciência humanística em que o *caring*” é a dimensão central e unificadora da enfermagem e Madeleine Leininger demonstrou que o cuidado é universal, mas tem especificidades culturais.

Madeleine Leininger, enfermeira norte-americana, dedicou-se ao estudo das relações entre a Antropologia e a Enfermagem daí que resultou o seu grande contributo para a disciplina de Enfermagem com a publicação da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. O que despertou M. Leininger para esta dimensão foi o facto de ter observado comportamentos recorrentes diferentes em crianças com transtornos mentais, estas observações e perceções motivaram a autora a encontrar a resposta a estas interrogações, verificando a existência de diversidade cultural entre aquelas crianças.

Decorrente da progressão dos seus estudos sobre a enfermagem transcultural, Leininger influenciada pelo seu percurso na área da antropologia, desenvolve a metodologia designada por etnoenfermagem, defendendo que a etnoenfermagem é o método de pesquisa qualitativo e indutivo, para documentar, descrever, explicar e interpretar as visões do mundo, significados, símbolos e experiências de vida dos informantes e os seus comportamentos perante fenómenos de enfermagem, Leininger (1997).

Os enfermeiros deveriam estar permeáveis à visão do mundo, significados, símbolos e experiências da vida das pessoas que cuidam, só assim lhes seria possível compreenderem as representações e práticas de cuidados, individuais ou de um grupo social e cultural específico. De posse deste saber, os enfermeiros estarão aptos a proporcionar um cuidado de enfermagem significativo e eficaz, de acordo com a cultura de cada pessoa.

Na filosofia hermenêutica o diálogo na relação interpessoal constitui uma prática que permite decifrar a experiência humana. O ato de compreender implica uma abertura intelectual, afetiva e volitiva, ao complexo mundo das experiências humanas dos outros.

Para que se estabeleça uma relação dialética e a própria pessoa cuidada se abra ao mundo profissionalizado dos enfermeiros, terá que haver ajuda, por parte destes, que permita que as pessoas expressem a sua perceção de saúde, fazer emergir de que é que necessitam e o que é que esperam daqueles cuidados que o enfermeiro lhe pode proporcionar. Também é importante, ajudar as pessoas a exporem as suas emoções, as experiências vividas, a libertação de ansiedade.

É nesta perspetiva que a autora define a Enfermagem Transcultural, como um campo de estudo e prática formal, focada nas crenças, valores e práticas de cuidados baseados na cultura, para ajudar culturas e sub-culturas a manterem ou recuperarem a saúde (bem-estar) e formas de cuidados benéficas e culturalmente congruentes diante da doença ou da morte.

Respeitar a liberdade do ser humano cuidado, nas suas escolhas em cuidados de saúde é um grande desafio para os profissionais em geral e especialmente para os enfermeiros, que são os profissionais que durante mais tempo e em qualquer situação ou evento de saúde estão acessíveis e presentes. A dificuldade de cuidar na perspetiva holística e desenvolver planos de cuidados individuais e congruentes com a cultura do utente, aumenta quando os enfermeiros se confrontam com a sua cultural pessoal, profissional, organizacional e a evidência científica.

Estas questões demonstram a grande necessidade das organizações de saúde e de ensino desenvolverem políticas, práticas e procedimentos para os profissionais poderem prestar cuidados culturalmente competentes.

São considerados elementos essenciais para o desenvolvimento de competências culturais:

- Valorizar a diversidade;
- Capacidade de auto-avaliação cultural;
- Capacidade de comunicar e interpretar;
- Reconhecer diferenças comportamentais perante um quadro terapêutico de acordo com as diferenças étnicas;
- Respeito pelo sistema de valores éticos e émicos;
- Adaptação de prestação de serviços que refletem a compreensão da diversidade cultural.

O modelo de Leininger descreve o cuidado dentro de uma perspetiva intercultural como uma relação assimétrica entre o enfermeiro e o recetor de cuidados, incluindo a família e a comunidade. A formação cultural e a aculturação do utente influenciam o cuidado.

A ação de enfermagem deve também, ancorar-se na identificação prévia das redes significativas culturais em relação à saúde, os tratamentos, os diagnósticos, considerando as redes sociais de apoio percebidas pelas pessoas cuidadas e a valorização que esta lhe confere, no que se relaciona com a família, grupo de amigos e grupos de trabalho.

Fizemos uma revisão sistemática de literatura através de pesquisa eletrónica no portal B-on, um serviço que agrega os periódicos disponíveis na MEDLINE e CINHALL. Definimos como objetivo – Identificar a contribuição da teoria da diversidade e universalidade do cuidar cultural de Madeleine Leininger. Os descritores utilizados foram: Transcultural Nursing; Nursing Theory e Nursing Care. Também estabelecemos como critérios de inclusão: Artigos científicos publicados no período de janeiro 2000 a junho de 2019, que abordassem a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural e Etnoenfermagem.

Identificamos 27 artigos, no entanto rejeitamos 7 artigos que na leitura integral dos mesmos não correspondiam aos critérios de inclusão previamente definidos. Dos restantes 20 só um deles apresentava uma revisão da literatura.

A investigação qualitativa foi a metodologia utilizada em 19 estudos e um só utilizou a investigação quantitativa num estudo longitudinal realizado com estudantes do ensino médio. Dentro da Investigação qualitativa também fizeram enquadramento dos estudos na área da fenomenologia, etnografia, etnoenfermagem e Grounded Theory.

As técnicas e os procedimentos de recolha de dados basearam-se fundamentalmente nas entrevistas, quer individuais quer em *focus group*, mas também análise documental e observacional.

A população e os fenómenos estudados foram diversos, no que se refere a segmentos etários da população quer no que se refere a etnias e experiências de saúde/doença. Desta forma encontramos estudos sobre perceções e vivências em mulheres grávidas; infeções genitais em adolescentes grávidas; adolescentes com filhos internados em cuidados neo-natais; pessoas idosas; promoção da saúde em comunidades de imigrantes; cuidados de enfermagem a sem-abrigo; mulheres mastectomizadas; o papel dos pais na promoção do desenvolvimento infantil dos seus filhos; cuidados em ambulatório; estereótipos sobre mulheres na fase de menarca e menopausa; impacto dos cuidados perante a doença e a morte; a perspetiva da doença, deficiência e velhice em determinados contextos culturais.

As áreas estudadas foram diversas, o que confirma que a teoria da diversidade e universalidade do cuidar cultural permite o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem em qualquer área ou contexto dos cuidados, assim como é transversal ao ciclo de vida, desde a conceção até à morte. Mesmo com populações de minoria étnica, é importante desenvolver consciência cultural para articular as diferenças e avaliar as necessidades do indivíduo com precisão e empatia.

Avaliando necessidades individuais é importante para o papel do enfermeiro perito nas diversas áreas dos cuidados, sejam elas de diabetes, de cuidados maternos e materno-infantis, de jovens e adolescentes, no contexto da saúde mental, nos idosos, na promoção e prevenção, considerar o contexto étnico e cultural dos indivíduos no planeamento e intervenções educativas, de cura ou de reabilitação.

As barreiras psicológicas para desenvolvimento de serviços culturalmente sensíveis identificados nestes artigos são igualmente relevantes para qualquer comunidade minoritária dentro de qualquer disciplina.

O desrespeito da cultura e a falta de congruência no cuidado, não só agride a dignidade daquelas pessoas que não compartilham os mesmos pontos de vista, como também os afastam dos serviços de saúde o que implica o aumento a brecha entre as culturas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos num mundo sem fronteiras e globalizado, podendo mesmo afirmar que vivemos numa sociedade multicultural.

O ensino de enfermagem tem responsabilidade social e ética de desenvolver os seus programas de formação de uma forma transversal, considerando as várias culturas existentes nos diversos contextos. Assim como promover recursos e condições de trabalho para que os próprios contextos quer de saúde quer de educação não sejam barreiras para a liberdade de expressão das vivências/perceções de experiências de saúde/doença de acordo com a etnia de cada pessoa, a cultura de grupo ou faixa etária.

O ensino de enfermagem deverá ser orientado tendo como pressuposto que a essência de enfermagem é o cuidado na perspetiva de enfermagem transcultural adequado a todos os indivíduos das diversas heranças culturais.

As perceções de saúde doença têm uma natureza subjetiva pelo facto de serem fortemente influenciadas pelo contexto natural, variando de uma cultura para outra, de grupos etários para outros e/ou de situações clínicas vividas de umas para as outras.

Não queremos nestas notas finais, deixar de apelar ao desenvolvimento de mais estudos, apostando fortemente na investigação com a finalidade de desenvolver a enfermagem transcultural considerando que é um campo promissor da disciplina de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

CHINN, P. L.; Watson, J. (eds) – Art and Aesthetics in Nursing, National League for Nursing, New York, 1994.

DIVULGAR. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos, Conselho de Enfermagem 2001, Edições da Ordem dos Enfermeiros, 2002.

LEININGER, Madeleine – Transcultural nursing: Concepts, theories and practices, New York: John Wiley & Sons, 1978.

LEININGER, Madeleine – Culture Care Diversity and Universality: A theory of Nursing, New York: Madeleine Leininger Editor, 1991.

DECRETO – LEI nº 161/96, de 4 de setembro – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.

VIEIRA, Margarida – Ser Enfermeiro – da Compaixão à Proficiência, Universidade Católica Editora, Lisboa, 2017.

EXPERIENCIA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DESDE EL OBSERVATORIO INTERNACIONAL DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA, INCLUIDAS LAS PERSPECTIVAS Y LOS PLANES DE LOS EXPERTOS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA CASO BRASIL

Profa. Dra. Fabiana Bolela
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
fbolela@usp.br

DEFINIÇÃO

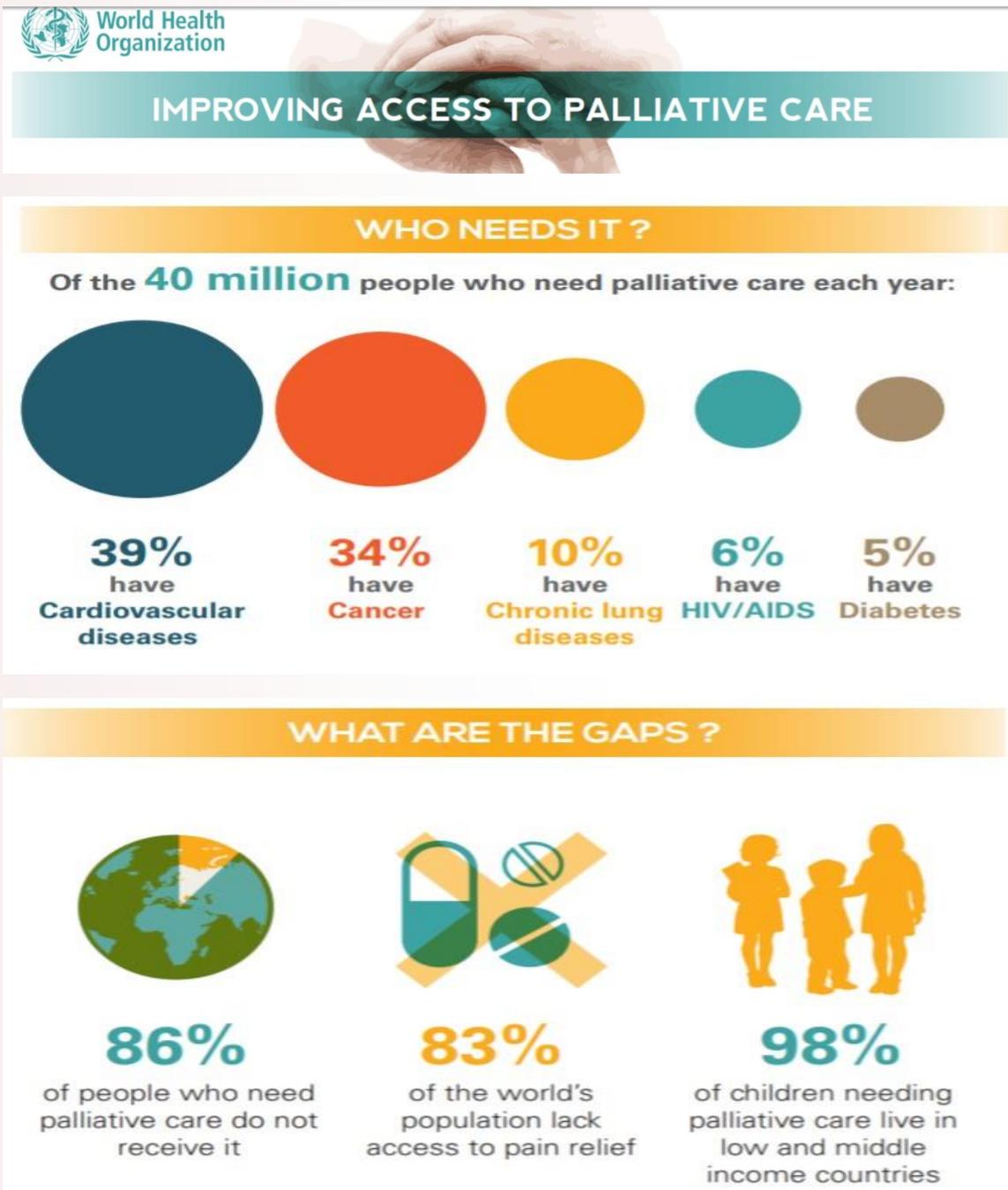
Cuidado Paliativo é “uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (OMS, 2002).

- Competência que profissionais de saúde desenvolvem para cuidar do sofrimento de pacientes e seus familiares que enfrentam situações de saúde que ameaçam a vida.
- É uma filosofia de cuidado, mas é também uma técnica específica.
- Envolve competências para cuidar da dor, da falta de ar, das náuseas, da fadiga ou de quaisquer outros sintomas.
- Pacientes que recebem este cuidado específico vivem mais tempo;
- Além de cuidar de sintomas físicos, Cuidado Paliativo busca cuidar também de sintomas emocionais, como medo, ansiedade e depressão, comuns em pacientes e familiares em situações graves de saúde;
- Estratégias específicas de comunicação realizada com técnica, com honestidade e com compaixão, tem alto impacto nestes sintomas, conforme mostram diversos estudos randomizados e controlados.
- Cuidado Paliativo busca ainda cuidar dos familiares dos pacientes, entendendo a família como parte da unidade do cuidado e sabendo que cuidar da família é uma parte importante para cuidar do sofrimento do paciente;
- Cuida da espiritualidade do paciente. Espiritualidade não é necessariamente religiosidade, e pode ser resumida como o que é sagrado para cada um;
- Técnica específica com resultados fortemente baseados em evidência;
- Cuidado Paliativo feito de maneira específica, quando comparado ao “cuidado paliativo de bom senso”, é capaz de, significativamente, melhorar qualidade de vida, melhorar controle de sintomas e reduzir custos;
- Cuidado Paliativo pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde com estas competências. E também pode ser aplicado por equipes especializadas, que podem atuar nos mais diferentes cenários, como o hospital, o ambulatório ou o domicílio.



- ✓ Desenvolver cuidados paliativos é uma urgência para todos os estados membros.
- ✓ Desenvolver, fortalecer e implementar políticas de cuidados paliativos baseadas em evidências para apoiar o fortalecimento integral dos sistemas de saúde, em todos os seus níveis.

(OMS, 2014)



BRASIL

- No Brasil, desde a década de 90, os cuidados paliativos vêm ocupando cada vez mais espaço nos diversos cenários da prática assistencial em saúde.
- A oferta de cuidado paliativo de qualidade ainda é uma realidade para poucos.

(ANCP, 2018)

CUIDADO PALIATIVO NO BRASIL E NO MUNDO

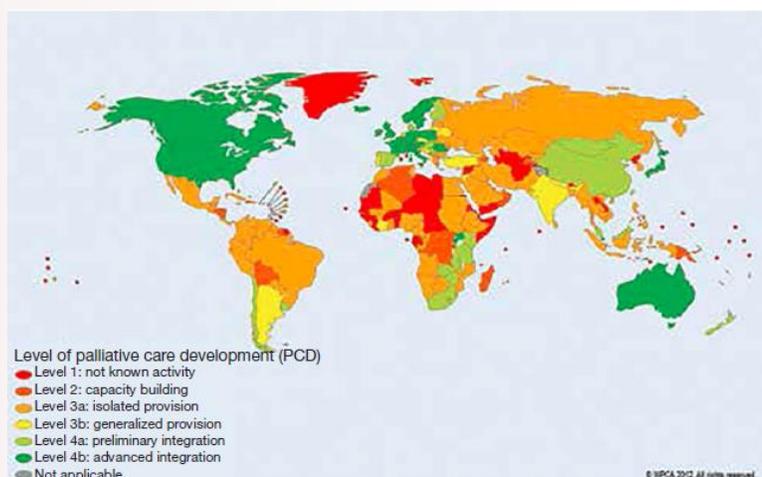
Brasil: classificação 3A

- Provisão de cuidados paliativos é oferecida de maneira isolada
- O desenvolvimento do cuidado paliativo é irregular no escopo e não bem apoiado;
- Fontes de financiamento fortemente dependente de doações;
- Disponibilidade limitada de morfina;
- Pequeno número de serviços de cuidado paliativo comparado ao tamanho da população.
- As equipes de Cuidado Paliativo no Brasil podem ter excelência, porém o sistema de saúde brasileiro ainda está muito atrasado na integração e apoio a estas equipes.
- Segundo a OMS, até 2014 o Sistema de Saúde do Brasil apresentava o mesmo nível de desenvolvimento de Cuidado Paliativo que Angola, Bangladesh, Congo, Moçambique e Irã.

Classificação 4B: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, França, Alemanha, Itália, Japão, Noruega, Polônia, Romênia, Cingapura, Uganda, Reino Unido e Estados Unidos.

- Os serviços de cuidados paliativos estão em um estágio avançado de integração na prestação de serviços de saúde.
- Prestação abrangente de todos os tipos de cuidados paliativos por múltiplos prestadores de serviços;
- Consciência ampla de cuidados paliativos por parte dos profissionais de saúde, comunidades locais e sociedade em geral engajadas.
- Disponibilidade irrestrita de morfina e todos os outros analgésicos potentes para aliviar a dor.
- Impacto substancial dos cuidados paliativos sobre política, em particular sobre política de saúde pública, centros de educação reconhecidos.
- Inserção dentro das universidades.
- Existência de uma associação nacional de cuidados paliativos.

Fig. 1. The global distribution of palliative care development.



O que foi avaliado?

- Disponibilidade de acesso a opióides;
- Existência de políticas públicas de saúde específicas de cuidados paliativos;
- Acesso a cuidados paliativos nos serviços de saúde.

Levantamento mundial sobre o acesso a opióides e cuidado paliativo:

- 90% dos opióides prescritos no mundo, são consumidos por 10% da população mundial;
- O restante dos 90% da população mundial consome apenas 10% dos opióides prescritos.
- EUA: excesso maciço no consumo de opióides (551mg/capita de equivalente de morfina);
- Brasil: escassez no consumo de opióides (9mg/capita).
- A quantidade de opióides prescrita no país é insuficiente para promover o adequado alívio da dor que os pacientes com doenças graves que vivem no país têm.

Lancet (2017)

Entretanto, o país vem investindo na ampliação e na melhoria da oferta dos cuidados paliativos, o que pode ser verificado com a recente publicação pelo Ministério da Saúde, de uma resolução que normatiza a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito das políticas públicas de saúde

Resolução nº 41 da COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT), que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

23 de novembro de 2018

- Integração dos cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;
- Melhoria da qualidade de vida dos pacientes;
- Incentivo ao trabalho em equipe multidisciplinar;
- Fomento a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;
- Oferta de educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS;
- Promoção da disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;
- Oferta de medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos;
- O desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializada.
- Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde (Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Ambulatorial, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar).

Educação e formação em saúde

- Dos 302 cursos de graduação em medicina do país, somente 42 (14%) oferecem uma disciplina de Cuidados Paliativos. Destas, somente 18 cursos (6%) são disciplinas obrigatórias;
- A disponibilidade de cursos de Cuidado Paliativo nas graduações de enfermagem, psicologia e fisioterapia estão em andamento.

Enfermagem e Cuidados Paliativos

- A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANPC) possui quase 200 enfermeiros associados, que atuam em Cuidados Paliativos, apoiando a Academia nas políticas e projetos sobre Cuidados Paliativos;
- O Conselho Federal de Enfermagem, em 2018, reconheceu os Cuidados Paliativos como uma área de enfermagem
- O enfermeiro compõe a equipe multidisciplinar, contribuindo para o planejamento de uma assistência que contemple todas as necessidades do paciente, em suas diferentes dimensões;
- A competência do enfermeiro é um elemento significativo na prestação de cuidados paliativos seguros e efetivos na oferta de um cuidado que possa melhorar efetivamente sua qualidade de vida e de sua família, até o momento de sua morte e o enfrentamento do luto, pela família;
- Diante do importante papel que representa nessa equipe, o enfermeiro que atua em cuidados paliativos, no Brasil, tem buscado cada vez mais melhorar sua prática, por meio de treinamentos e capacitações profissionais;
- Melhorar seu conhecimento em cuidados paliativos, especialmente no manejo da dor e de outros sintomas, melhorar suas habilidades de comunicação, além de obter maior conhecimento quanto aos aspectos sociais, éticos, psicológicos e espirituais dos cuidados paliativos;
- Entretanto, ainda são poucos os cursos de graduação em enfermagem que oferecem disciplinas sobre cuidados paliativos, sendo esse um desafio a ser enfrentado pelas universidades brasileiras, com o objetivo de formar um enfermeiro com a qualificação necessária para cuidar de pacientes em cuidados paliativos, demanda essa que só tende a aumentar.
- Aspectos positivos apresentados pelos enfermeiros de cuidados paliativos no Brasil: empatia, compaixão e procedimentos técnicos impecáveis;
- Aspectos a serem aprimorados pelos enfermeiros em cuidados paliativos no Brasil: a autonomia do enfermeiro para tomar decisões, avaliação e manejo dos sintomas dos pacientes.

Enfermagem e Cuidados Paliativos - Pesquisa

- Muitos estudos têm sido conduzidos por enfermeiros no Brasil para responder questões sobre diferentes aspectos dos cuidados paliativos e cuidados de fim de vida, buscando, entre outros objetivos, obter as melhores evidências capazes de sustentar sua prática para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias;
- Os principais assuntos: qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos, cuidados paliativos oncológicos, cuidados paliativos pediátricos, cuidados de final de vida, espiritualidade, cuidados paliativos domiciliares, entre outros;
- Estudos observacionais: permitem que se conheça determinada realidade ou contexto; primeira etapa para que outros estudos sejam propostos.
- Poucos ensaios clínicos controlados realizados por enfermeiros na temática de cuidados paliativos;
- É preciso que os enfermeiros planejem desenhos de estudos mais robustos capazes de gerar evidências científicas fortes e, assim, contribuir para mudanças significativas em sua prática clínica;
- Isso poderá, então, contribuir para o fortalecimento da profissão e para a oferta da melhor assistência possível ao paciente em cuidado paliativo.

Perspectivas e desafios

- Criação de Portarias, estabelecendo estratégias de gestão para atender o objetivo pactuado na Resolução;
- Estruturação de serviços, especificações sobre quais dados devem ser monitorados e como se dá o financiamento do programa.

- Estruturação do Cuidado Paliativo em níveis crescentes de complexidade;
- Política de disponibilidade e acesso à medicamentos essenciais de Cuidado Paliativo;
- Programas de educação e capacitação de profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, et al. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(20):2104-14.
2. Maciel MGS. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2. ed. ampl. atualiz. Porto Alegre: Sulina; 2012.
3. May P, Normand C, Cassel JB, Del Fabbro E, Fine RL, Menz R, et al. Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178(6):820-9.
4. PAIVA, C.E.; MANFREDINI, L.L.; PAIVA, B.S.R.; HUI, D.; BRUERA, E. The Brazilian Version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Is a Feasible, Valid and Reliable Instrument for the Measurement of Symptoms in Advanced Cancer Patients. *PLoS ONE*, v. 10, n. 7, 2015.
5. Resolução nº 41 da Comissão Intergestores Tripartite que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), publicada no Diário Oficial da União nº 225 em 23/11/18, ISSN 1677-7042
6. RHODES, V.A.; MCDANIEL, R.W.; MATTHEWS, C.A. Hospice patients' and nurses' perceptions of self-care deficits based on symptom experience. *Cancer Nurs*, v. 21, n. 5, p. 312–319, 1998.
7. World Health Assembly resolution WHA67.19, 2014 “Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course”.
8. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2ª ed. Geneva: World Health Organization; 2002.
9. World Health Organization 2016. *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*. ISBN 978 92 4 156541 7.
10. World Health Organization 2018. *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and Managers*. ISBN 978-92-4-151447-

EDUCACIÓN PARA LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA

Aracely Diaz Oviedo *
Ivonne Amanecer Villanueva Delgado**

*Doctora en ciencias de enfermería, profesor investigador de tiempo completo por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Correo electrónico: aracelydiaz@uaslp.mx. ORCID: 0000-0001-9168-9859

** Licenciada en Enfermería, estudiante de Maestría en Administración en enfermería por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Correo electrónico: ivonneamanecer.villanueva@gmail.com. ORCID: 0000-0001-8289-1545

RESUMEN

Objetivo: Reforzar las habilidades sociales para la comunicación implicadas en el cuidado humanizado a través de una intervención socioeducativa en el personal de enfermería de un área de medicina interna de un hospital público de segundo nivel. **Materiales y método:** 30 profesionales de enfermería y 30 usuarios de servicio. Este estudio se consolidó en cuatro fases: diagnóstico (se utilizaron tres instrumentos CECOP, ACEP, Evaluación de conocimientos del indicador trato digno), diseño (se realizó la cara temática para la intervención socioeducativa), implementación y evaluación: con dos momentos durante la intervención socioeducativa, previo a su implementación y posterior a la misma. **Resultados:** Los datos arrojados por el diagnóstico indicaron que si bien los pacientes consideran al 63.3 personal de Enfermería con altas habilidades para empatía y al 80% con habilidades medias de respeto para la atención que se les otorga, en la autoevaluación ellos se califican con deficiencias en estas dos habilidades. Durante la evaluación de deseabilidad de los pacientes hacia un buen trato, la mayoría coincide que desean ser tratados con amabilidad, escuchados y entendidos. Tras haber concretado la intervención socioeducativa se mostró una diferencia significativa en el conocimiento que tenían antes y después. **Conclusiones:** educar continuamente al profesional de enfermería, permite guiar las actitudes para mejorar el trato durante el establecimiento de la relación terapéutica con los pacientes, a su vez permite mejorar la percepción de las instituciones de salud. Una intervención socioeducativa es una herramienta psicoeducativa que fortalece las deficiencias de problemáticas sociales, en este caso del proceso de comunicación.

INTRODUCCIÓN

El ser humano ha tenido la necesidad de comunicarse a través de la historia de distintas formas y de establecer relaciones entre diversos grupos. Por naturaleza el ser humano necesita de relaciones para existir y crecer. En el área de la salud ha sido esta la forma de comunicar sus necesidades y de solicitar ayuda a los profesionales del sistema de salud. La interacción en el sistema sanitario se da con el fin de promover, prevenir y diagnosticar algunos padecimientos en pacientes. La forma de establecer lo anterior es a través de un proceso de comunicación bien cuidado (1).



La comunicación es el área medular del proceso de cuidado que lleva a cabo enfermería, ya que son ellos quienes presentan un contacto asiduo con los pacientes durante sus estancias hospitalarias. Es una responsabilidad adquirida en la profesión, enfermería se ha convertido en una imagen respetada e internacional de los sistemas de salud, de ahí se reconoce la importancia de fortalecer la calidad de la asistencia. El proceso de comunicación ha permitido establecer interacción social con los pacientes, mejorar la adherencia a tratamientos farmacológicos, así como a reconocer el proceso de la enfermedad, a la vez que se generan relaciones terapéuticas (2).

A nivel mundial desde el año 2000 por medio de la Organización Mundial de la salud, se estableció que se debía mejorar la calidad de la comunicación con los pacientes hospitalizados. Algunos autores en este ámbito han inferido que a largo plazo las fallas en la comunicación pueden ocasionar gastos económicos altos. La comunicación entendida dentro del contexto de las instituciones de salud puede ser definida como: el derecho del usuario a hacer las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su enfermedad, quedando de forma clara y entendible para él (3,4).

Algunas de las habilidades conocidas en el proceso de comunicación son: empatía, respeto, amabilidad, comprensión. El entrenamiento y desarrollo de las habilidades antes mencionadas permiten influenciar positivamente este proceso, incrementando la calidad de la atención en salud y de los cuidados, viéndose reflejado en el cuidado humanizado. Realizar un cambio en las habilidades antes descritas significa un desarrollo en la humanización del proceso cuidado enfermero(5).

Hildegard Peplau estableció que las relaciones interpersonales son muy significativas en el cuidado que proporciona enfermería a los pacientes, mediante cuatro fases, la primera orientación, la segunda identificación, la tercera explotación y la cuarta resolución, aspectos determinantes para la comunicación con los pacientes, además refería que si la enfermera conoce como mantener positivo el proceso de comunicación esto le permitiría identificar correctamente las necesidades de los pacientes, lo que a su vez detonaría la satisfacción del paciente en cuanto al rol que desempeña la enfermera en su cuidado (5).

Así es prudente decir que la comunicación es un fenómeno con condiciones dinámicas necesarias para mantener resultados positivos sobre el estado de salud no solo de los pacientes, sino también de la comunidad, permitiéndoles conocer mejor su holística potenciando los tratamientos y la aceptación de la enfermedad, siempre teniendo en cuenta que es necesario dominar las habilidades comunicativas para desempeñarse adecuadamente en el ámbito laboral (6).

El fortalecimiento de habilidades implica desarrollar un nuevo proceso de educación social, ya que este tipo de problemáticas son de carácter diario y común que se observan en cualquier ámbito donde se quiera transmitir un concepto o una idea. La intervención socioeducativa puede aplicarse a partir de distintos modelos, los cuales son una representación esquemática que explica y organiza una serie de pautas relacionadas con la experiencia y el aprendizaje, los cuales se desarrollan en dimensiones de espacio, tiempo y resultados ligando el pensamiento y el aprendizaje a la salud.

OBJETIVO GENERAL

Reforzar las habilidades sociales para la comunicación implicadas en el cuidado humanizado a través de una intervención socioeducativa en el personal de enfermería de un área de medicina interna de un hospital público de segundo nivel

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar las habilidades para la comunicación en el personal de enfermería bajo la opinión de los pacientes en un hospital público de segundo nivel.
- Evaluar las habilidades de comunicación del personal de enfermería en un hospital público de segundo nivel.
- Evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el indicador de trato digno.
- Diseñar una intervención socioeducativa para fortalecer las habilidades de comunicación en el personal de enfermería de un área de medicina interna de un hospital de segundo nivel.
- Implementar una intervención socioeducativa a personal de enfermería de un área de medicina interna en un hospital de segundo nivel.
- Evaluar la intervención aplicada a personal de enfermería de un área de medicina interna en un hospital de segundo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio fue desarrollado a partir del marco lógico de proyectos de salud, es cuantitativo con un diseño cuasiexperimental y de corte longitudinal. La selección de los sujetos de estudio se llevó a cabo por prioridad de la institución sanitaria, siendo el servicio de medicina interna el electo para el presente trabajo. Así mismo los pacientes que se encontraban en este servicio, que pertenecieran al estado de San Luis Potosí, con más de 48 horas de internamiento hospitalario y mayores de 18 años fueron los elegidos para la continuidad del estudio.

Este estudio se construyó en cuatro etapas funcionales: diagnóstico, diseño, implementación y evaluación, las cuales se explican individualmente a continuación:

Fase 1 (diagnóstico)

Participantes: 30 profesionales de enfermería y 30 pacientes hospitalizados (con más de 48 horas de internamiento).

Instrumento: Se aplicaron tres instrumentos: 1. Comportamiento de enfermería sobre la forma de comunicación observado por pacientes (CECOP), cuenta .87 de alfa de Cronbach, así mismo contiene 23 preguntas en escala tipo Likert que evalúan respeto y empatía con puntuación de 1 a 5, un segundo apartado con 3 escalas análogas de comprensión, respeto y satisfacción con calificación de 1 a 10 y una escala de deseabilidad con cinco afirmaciones. 2. Autoevaluación sobre la forma de comunicación (ACEP), cuenta con diez preguntas que evalúan respeto y empatía con escala tipo Likert con puntuación de 1 a 5, aplicada a personal de Enfermería del servicio de medicina interna hombres y mujeres. 3. Evaluación sobre el trato digno adaptada, cuenta con 20 ítems.

Análisis: descriptivo (Frecuencias), con el paquete estadístico SPSS V.21 de IBM.

Fase 2 (diseño)

Posterior a la realización del diagnóstico de necesidades didácticas se implementará la fase dos que consiste en la creación del Proyecto de Intervención Socioeducativa para la Formación del Personal de Enfermería. Se desarrollarán los objetivos de la Intervención, así como la Metodología, realizando la programación de la Intervención. Se Ubicarán las alternativas Pedagógicas para otorgar los temas dentro del proyecto, con esto se pretende conseguir la mayor absorción del conocimiento por parte del personal en formación continua.

Fase 3 (implementación)

Implementación del Proyecto de Intervención Socioeducativa. Implementación de los Instrumentos de Apoyo y Supervisión del desarrollo del Programa.

Fase 4 (evaluación)

Análisis: Evaluación antes y después de la intervención socioeducativa, con aplicación de una prueba estadística t Student para muestras relacionadas. Participantes: 30 profesionales de enfermería.

RESULTADOS

Para evaluar el nivel de habilidades, el resultado se clasificó en tres grupos: bajo, medio y alto (Tabla 1), se agruparon los resultados de ambos instrumentos CECOP y ACEP para su visualización e interpretación.

Tabla 1. Nivel de habilidad de Empatía y respeto percibido por pacientes y resultado de la autoevaluación del personal de enfermería en un Hospital Público de San Luis Potosí, Noviembre – Diciembre 2018

Nivel de la habilidad por grupo de puntaje	CECOP				ACEP			
	Empatía		Respeto		Empatía		Respeto	
	F	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	1	3.3	0	0	2	10	1	10
Medio	10	33.3	24	80	15	60	26	60
Alto	19	63.3	6	20	13	30	3	30

Fuente: Inventario de comportamientos CECOP y ACEP

Nota: para CECOP se categorizaron en grupos de puntaje de acuerdo al número de preguntas que representaban a la habilidad, para empatía 13 preguntas, es decir puntaje de 13 a 65 en escala Likert (bajo: 13-30, medio: 31-48, alto: 49-65) y para la habilidad de Respeto se cuenta con 10 preguntas (bajo 10-23, medio: 24-37 y alto: 38-50).

Para ACEP, se categorizaron en grupos de puntaje de acuerdo al número de preguntas que representaban a la habilidad, para empatía dos preguntas, es decir puntaje de 2 a 10 en escala Likert (bajo: 2-4, medio: 5-7, alto: 8-10)

Y para respeto 8 preguntas manejando una puntuación de: bajo 8-18, medio:19-30 y alto 31-40

De acuerdo al nivel de desarrollo, en la habilidad de empatía percibida por los pacientes, la mayor agrupación se colocó en el grupo de puntaje alto con un 63.3%, para respeto se posicionó en el nivel medio con un 80%. Por parte de la percepción de los profesionales de Enfermería su habilidad de empatía se encontraba la mayor parte en un nivel medio con un 60% al igual que en la habilidad respeto.

Para la habilidad de comprensión y respeto se determinó a través de promedios su cercanía al número 10 por su estimación como mejor calificación (tabla 2).

Tabla 2: Resultado de la evaluación análoga de comprensión, respeto y satisfacción que perciben los pacientes de las enfermeras, con valores de 1 a 10

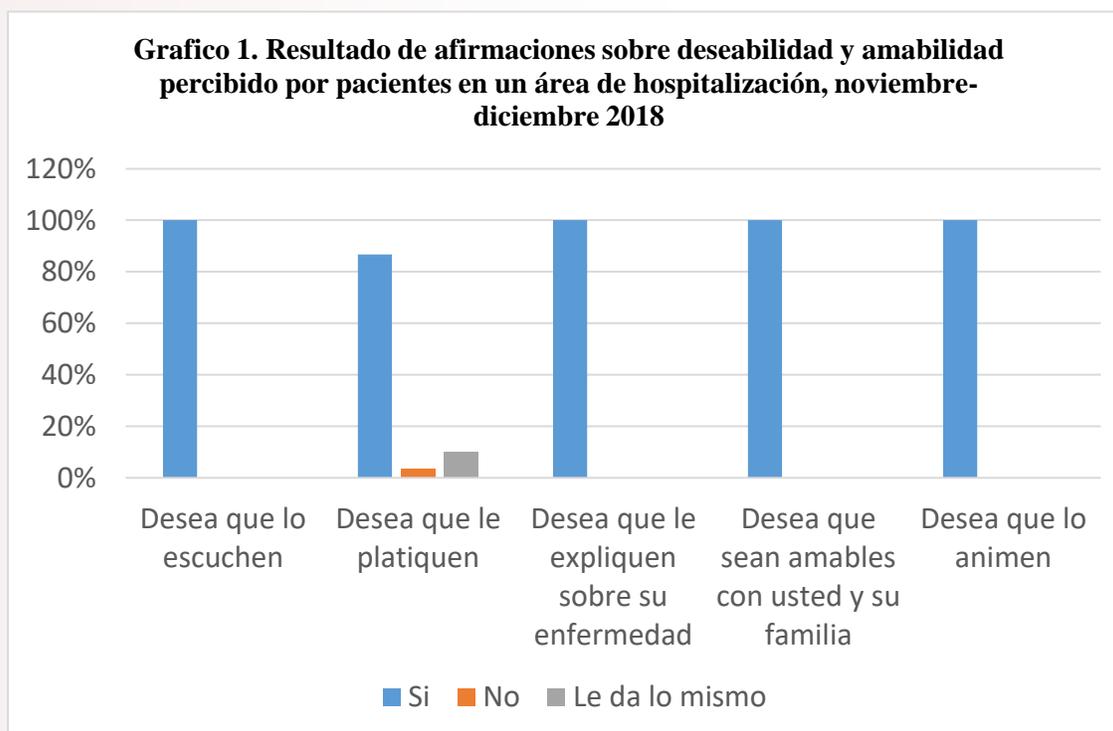
	Comprensión	Respeto	Satisfacción
Mínimo	6	6	6
Máximo	10	10	10
Promedio	8.73	9.03	8.98
Mediana	9	9	9
Desviación típica	1.143	1.066	1.102

Fuente: inventario de comportamientos CECOP

*Estadísticos descriptivos

Dentro de los resultados obtenidos se encuentra una escala análoga la cual mide del 1 a 10 siendo esta la calificación máxima a obtener la percepción que tienen los pacientes acerca de las habilidades de comprensión y respeto. En este caso los promedios se encuentran por encima del 8 acercándose a 10 en la mediana con un punto debajo de la calificación máxima, esto quiere decir que estas habilidades son detectadas por los pacientes y se encuentran en buen juicio por su parte, teniendo una percepción positiva.

Por otro lado, dentro de los resultados del diagnóstico se encuentran las afirmaciones de deseabilidad y amabilidad que los pacientes han referido en el grafico 1 se pueden observar los porcentajes de los pacientes que quieren ser escuchados.



Cabe mencionar que dentro de este apartado de diagnóstico se cumple también con el objetivo específico número 3 en el cual se evaluó el nivel de conocimiento del indicador trato digno del personal de enfermería del servicio de Hospitalización Medicina Interna del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto. En este caso se presenta un gráfico en el cual se logra distinguir tres grupos: bajo, medio y alto en los cuales se encuentran ubicados el personal de Enfermería (Gráfico 2).



Para fines de este objetivo el grado que más sobresale en este gráfico es el nivel bajo con un 67% de la totalidad, seguido del nivel medio con un 22% y por último con un 11% el nivel alto. Es importante destacar que los resultados anteriormente descritos nos permiten observar con una amplia visión, que existe un área de oportunidad para fortalecer estas habilidades del personal de Enfermería.

Diseño

La propuesta de diseño se completó tras haber realizado una prueba piloto con el primer módulo, como producto de este segundo resultado se obtuvo la carta general del diseño de la intervención socioeducativa.

Implementación

Como producto de esta fase se obtuvieron las cartas descriptivas, donde se explica a detalle el título de cada uno de los módulos con los cuales se integró la intervención socioeducativa, además se mencionan las técnicas pedagógicas utilizadas, así como la duración de cada sesión.

Evaluación

La última fase de esta intervención socioeducativa requirió de una evaluación, con la cual se constata que los conocimientos otorgados al personal de Enfermería, fueron valiosos y con los cuales se trató que fueran lo más significativos posibles, además de otorgar validez al contenido de la intervención socioeducativa. Por consiguiente, se aplicó un cuestionario con 18 ítems, el cual contenía los fundamentos más significativos de cada uno de los módulos de la intervención, esta evaluación se realizó antes de la intervención socioeducativa y posterior a la intervención. Para fortalecer esta evaluación se aplicó una prueba estadística t de student, con la cual se observó que los resultados y las diferencias entre las medias de los promedios de los dos momentos en los cuales se evaluó fueron significativos con una $p < .05$ (Tabla 3).

Tabla 3: Evaluación de la intervención socioeducativa al personal de Enfermería a través de un cuestionario de conocimientos

Intervención socioeducativa	promedio	Mediana	Diferencia \bar{x}	p *
Antes	5.88	5.66	2.29	>. 01
Después	8.18	7.98		

Nota: la (p) es menor a .05. Por lo cual se rechaza la hipótesis nula de la prueba de t de student, la cual dice que la diferencia entre los promedios es Zero o igual y se acepta la hipótesis alterna la cual refiere que esta diferencia es distinta a Zero y resulta significativa.

DISCUSIÓN

Los resultados sociodemográficos obtenidos en este trabajo son similares a los reportados en otros estudios, demostrando donde demuestran que resultan ser influyentes influyen en para el trato que perciben los pacientes por el personal de Enfermería, cuando se les brinda la atención sanitaria^{9, 10}. La relevancia radica en que la comunicación es un fenómeno social que se encuentra en constante cambio por los avances tecnológicos y demográficos que implican que las nuevas generaciones que brindan el cuidado de los pacientes, promuevan la comunicación verbal y no verbal, sin olvidar los aspectos morales, que impactan en la imagen del sistema de salud (11, 12).

La comunicación es un proceso que todos pueden aprender y la educación continua juega un papel muy importante en este aspecto ya que permite fortalecer, orientar y entrenar aspectos que no son meramente académicos, en este caso la comunicación es un aspecto social que permite relacionarnos con otros seres humanos, compartir información y generar relaciones interpersonales. En el área de la salud se pretende consentir que los pacientes generen interés por su estado de salud, entendimiento del proceso de la enfermedad, y permite mejorar la percepción del trato que se le otorga y mejora el concepto del profesional de enfermería(12).

Similar a la evaluación realizada en el presente trabajo, tras haber aplicado una intervención socioeducativa, se encuentra un estudio aplicado a estudiantes de enfermería de una escuela en Irán, donde se identificó que es necesario fomentar la comunicación como parte de la formación de los nuevos profesionales de la salud Por otro lado, otro trabajo realizado también en estudiantes informó que es necesario desde el aspecto académico desarrollar las habilidades de comunicación, con lo que se refuerza la importancia de la educación continua.

Por otro lado, de acuerdo con la significancia obtenida de la evaluación de la intervención socioeducativa, existe una concordancia con otro estudio realizado en la misma institución hospitalaria en el año 2016, este estudio abarcaba una temática y una metodología similar, donde además se aplicó una T-Student. Se obtuvieron resultados semejantes demostrando que educar al profesional de enfermería, permite acrecentar el pensamiento lógico y generar conocimiento, por lo tanto, es recomendable que se considere que la educación es importante para los profesionales de enfermería y en todo caso fortalecer el aspecto de la comunicación como parte del cuidado humanizado y el trato digno que perciben los pacientes(13).

Otros estudios realizados analizaron la importancia del fortalecimiento de la relación enfermero (a) – paciente, principalmente en aspectos como comunicación y las habilidades implicadas en el proceso cuidado enfermero desde la formación de los profesionales hasta la vida laboral de los mismos, así como algunos concluyen que la comunicación es el centro del cuidado del profesional de enfermería.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la realización del diagnóstico, se logró concretar un diseño de intervención socioeducativa que abarcaba el contexto del profesional de Enfermería de una manera sencilla y práctica.

El diseño permitió generar las cartas programáticas de cada una de las sesiones, dejando como evidencia, que esta intervención socioeducativa puede llevarse a cabo como un programa de educación continua para personal de Enfermería y quizá en un futuro, denominarse programa educación permanente, lo cual, a largo plazo, contribuiría en su medida a fortalecer algunos indicadores de calidad de la atención de salud. La obtención de productos como las cartas programáticas, permitirán en su medida establecer una homogeneidad para futuras aplicaciones.

Por ultimo tras haber evaluado la intervención socioeducativa y aplicar una prueba estadística, nos indica que se ha ido por buen camino, sin embargo, eso no exime de seguir trabajando para modificar el diseño y hacerlo mejor en futuros proyectos y seguir innovando según los avances tecnológicos y científicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adela Alba-Leonel, Guillermo Fajardo-Ortiz, Eloísa Tixtha López, Joaquín Papaqui-Hernández, La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 3: 138-141, 2012.
2. Lydia Landete Belda. La comunicación, pieza clave en enfermería. *ENFERMERÍAdermatológica* • Nº 16 • mayo-agosto 2012.
3. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. 2017
4. Müggenburg MC, Robles R, Valencia A, Riveros A. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. *Salud Mental*, 2015. Vol.38 (4): 273-28
5. Mastrapa YE, Gibert Lamadrid Md. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2016 [citado 26 Ago 2019];32(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>
6. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm. univ [revista en la Internet]*. 2015 Sep [citado 2019 Ago 26] ; 12(3): 134-143. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>.
7. Hernández Terrazas LE, Díaz Oviedo A, Martínez Licon JF, Gaytan Hernandez D. Educación de enfermería en el cuidado humanizado. *Esc. Anna Nery [Internet]*. 2018 [cited 2019 July 25] ; 22(1): e20170275. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0275>.

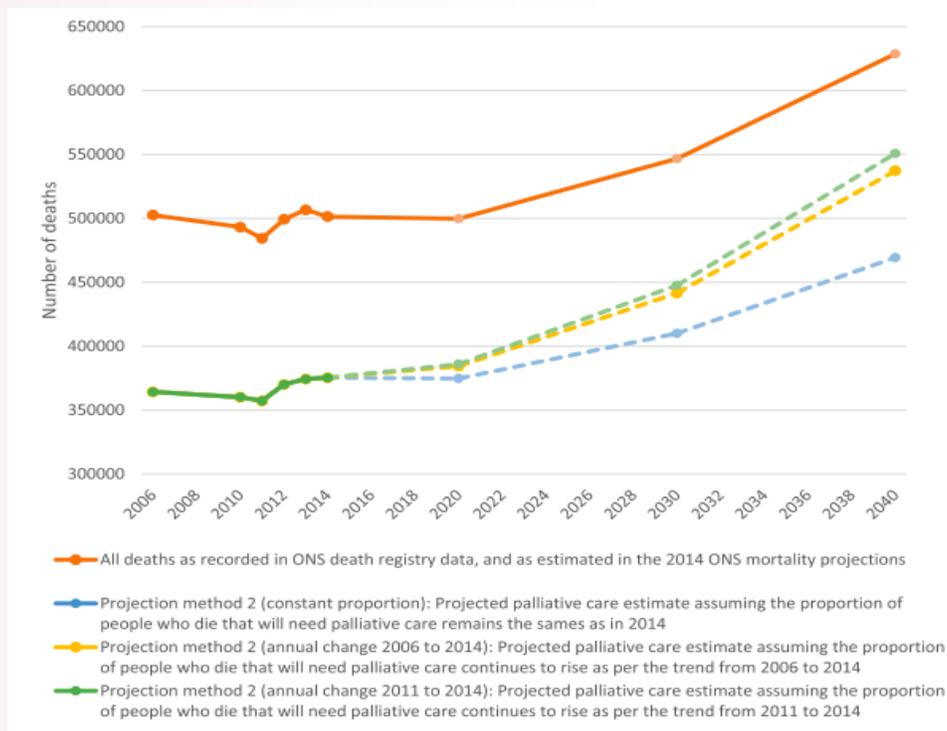
8. C. Müggenburg, S. Olvera, A. Riveros, C. Hernández-Guillén, A. Aldana, Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida con pacientes como resultado de un entrenamiento, *Enfermería Universitaria*, Volume 12, Issue 1, 2015, Pages 12-18. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000172>
9. Bernalte Martí V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería: reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Ene [citado 2019 Jul 26] ; 14(37): 328-334. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100014&lng=es.
10. LAS PERSONAS MAYORES Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN BIZKAIA. Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social Ugasko 3, 2ª Planta. 48014 BILBAO. Disponible en: http://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/medios_WEB_ca.pdf?hash=892020f1b85d24a96b5763c9c5bb9b46
11. Técnicas de comunicación para profesionales de Enfermería. Conselleria de SANITAT. Agencia valenciana de Salud. 2006. Disponible en: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>
12. Adib-Hajbaghery M, Rezaei-Shahsavarloo, Nursing students' knowledge of and performance in communicating with patients with hearing impairment. *Jpn J Nurs Sci.* 2015 Apr;12(2):135-44.
13. Donovan L. M, Mullen L. K.. Expanding nursing simulation programs with a patient protocol on therapeutic communication. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [en línea]. 2018, 26(), 1-8[Consulta 26 de Agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31276971>.
14. Martins Pereira Pires et. Al ., Non-technical skills assessment scale in nursing: construction, development and validation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [en línea]. 2018, 26(), 1-8[fecha de Consulta 26 de Agosto de 2019]. ISSN: . Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281458425052>

ENSEÑANZA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMERÍA, EN LA EDUCACIÓN POSGRADUAL

Miguel Antonio Sánchez-Cárdenas, PhD*

*Director Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, Director Maestría Enfermería en Cuidados Paliativos, Vicepresidente Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, Profesor investigador Universidad El Bosque. Correo: sanchezcmiguel@unbosque.edu.co

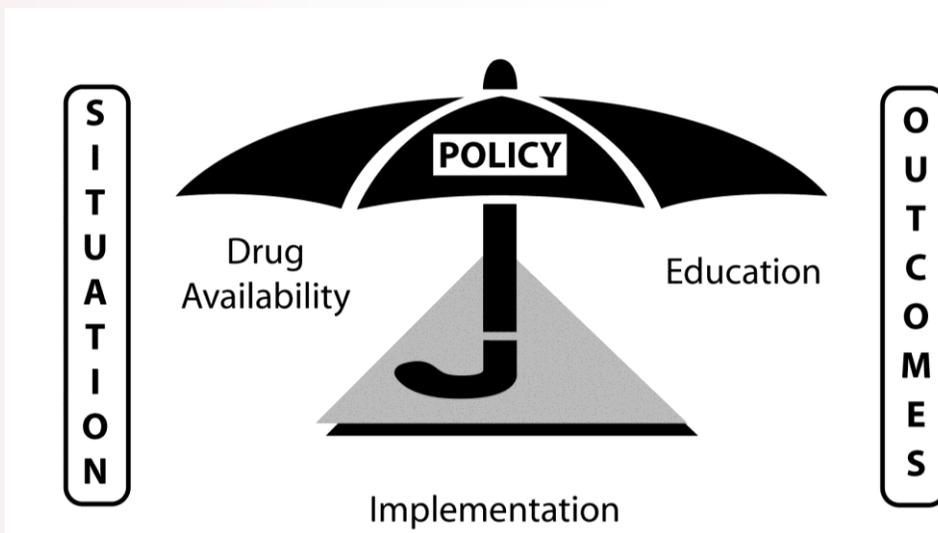
Necesidad de los cuidados paliativos



Fuente: Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, Murtagh FE. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. BMC medicine. 2017 Dec;15(1):102.

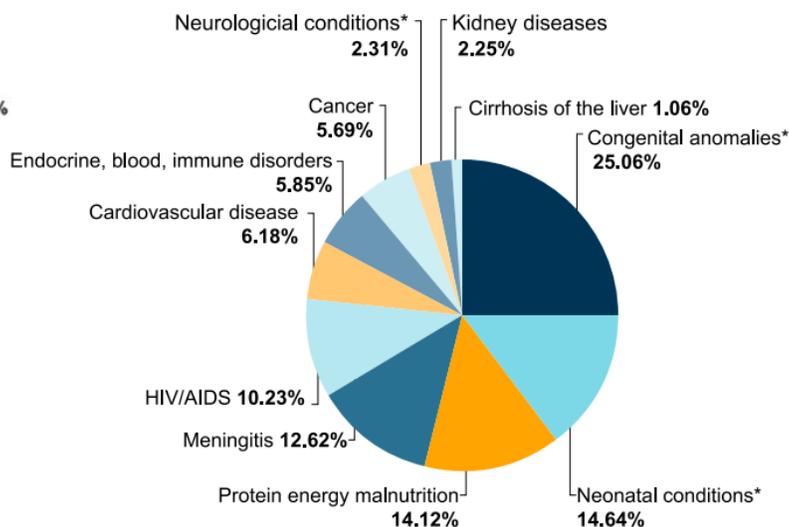
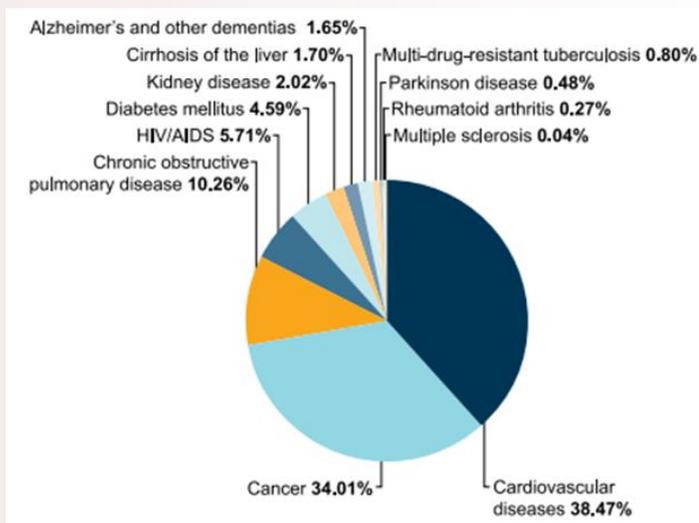


Modelo de análisis estructural



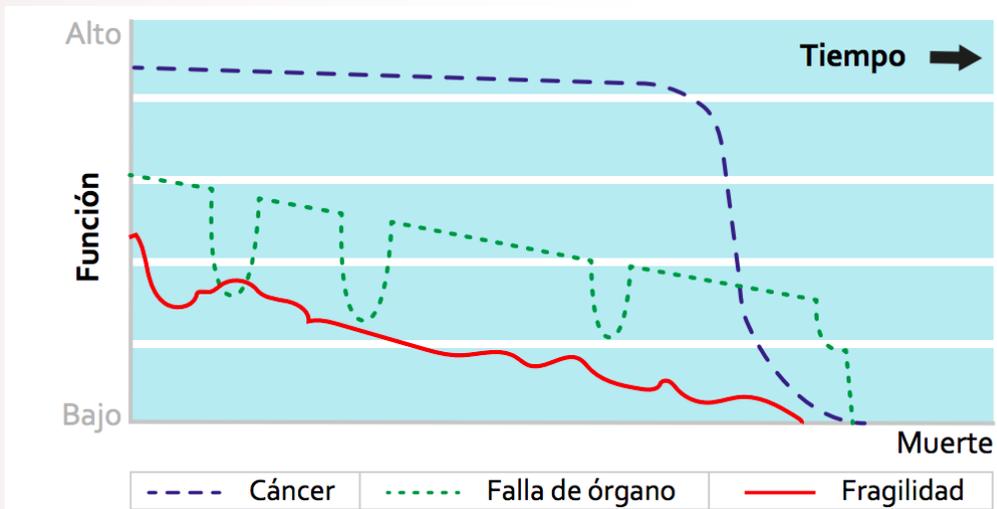
Fuente: Stjernswärd, J., Foley, K. M., & Ferris, F. D. (2007). The public health strategy for palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 33(5), 486-493.

Causas de ingreso a cuidados paliativos



Fuente: Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Worldwide Palliative Care Alliance. 2014.

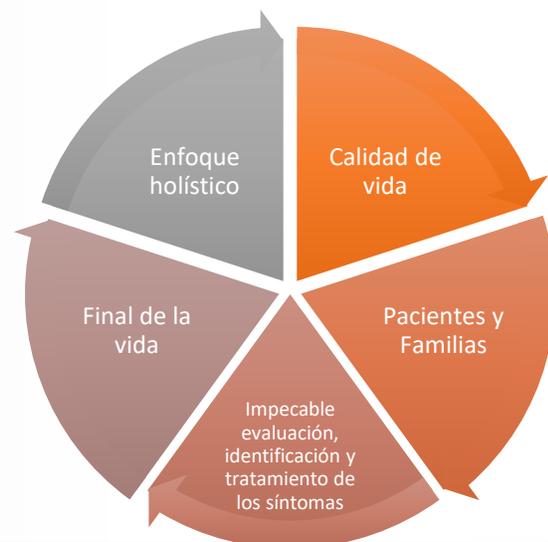
Declinación funcional



MODELO: Adaptada de la Universidad de California con permiso de Steven Z. Pantilat, MD, FACP.

Fuente: Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. Bmj. 2005 Apr 28;330(7498):1007-11.

¿qué esperamos de la formación postgradual?



Competencias en cuidados paliativos

- Definición y principios de los cuidados paliativos 5%
 - Identificación y manejo de síntomas 40%
 - Trabajo en equipo y reflexión personal 5%
 - Implementación de servicios de cuidados paliativos 10%
 - Aspectos psicosociales y espirituales 20%
 - Aspectos éticos y legales de los cuidados paliativos 5%
 - Comunicación en Cuidados Paliativos 15%
-
- Comprender la filosofía de los cuidados paliativos.
 - Ser capaces de demostrar las complejas competencias de evaluación y gestión de síntomas.
 - Ser capaces de diseñar planes de atención basados en los pacientes y las familias desean integrar enfoques multiprofesionales e interdisciplinarios
 - Poder reflexionar sobre la práctica realizada

Sintomas Racismo: Superposición

- Síntomas de patología principal
- Otras Enfermedades
- Síntomas Tratamiento

Elementos del sistema de salud



¿QUÉ DICE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT? REVISIÓN NARRATIVA

Jaqueline Hernández Sánchez*
Katherine del Consuelo Camargo Hernández**

* Profesora, Facultad de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bucaramanga. Grupo de investigación. GIFOSABI. Correo: jaqueline.hernandezsa@campusucc.edu.co

** Profesora, Facultad de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bucaramanga. Grupo de investigación. GIFOSABI. Correo: katherine.camargoh@campusucc.edu.co

RESUMEN

El cuidado de enfermería en la población adulta mayor es cada vez más necesario debido al incremento demográfico de este grupo etario. Se ha encontrado también el aumento de la presencia del síndrome de burnout en enfermeras(os). Este trabajo presenta los resultados de la revisión narrativa que se llevó a cabo con el objetivo de identificar las perspectivas teóricas y prácticas que muestran las publicaciones científicas a nivel mundial, con relación al estudio del síndrome de burnout y enfermería geriátrica. Se revisaron artículos publicados en las bases de datos de ScienceDirect, Biblioteca Virtual en Salud-BVS, Dialnet y Redalyc, en el período de 2013 a 2018. Fueron seleccionadas 15 publicaciones que cumplían con los criterios de inclusión. La mayoría de los artículos originales tuvo por objetivo identificar la correlación entre el síndrome de quemarse por el trabajo o estresores laborales; solamente un artículo reporta la evaluación de una intervención. En ninguno de los artículos se hace referencia a la enfermería geriátrica, como parte del constructo en el que se basa el estudio; pero la mayoría sí definen el burnout. Se usan mediciones de tipo cuantitativo, especialmente de tipo descriptivo-transversal, y el instrumento más utilizado es el Maslach Burnout Inventory. La evidencia científica revisada sobre el burnout en enfermería geriátrica es escasa. Al finalizar se presentan unas recomendaciones para futuros trabajos en este tema.

Palabras clave: Enfermería geriátrica, burnout, hogares para ancianos.

INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años se ha empezado a estudiar acerca del síndrome de quemarse por el trabajo-SQT o también llamado síndrome de burnout (1,2). Las profesiones que se centran en la prestación de servicios tienen una alta vulnerabilidad de desarrollar el SQT (2-9), y actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como altamente estresados a los profesionales de este sector, entre ellos, enfermería (10). El burnout en esta profesión ha sido ampliamente estudiado, especialmente en áreas de atención del paciente crítico y en personal que trabaja en atención primaria (11-26), no obstante, no se conocen antecedentes de estudios del SQT en enfermería geriátrica (27,28).

El cuidado enfermero en la población adulta mayor amerita una atención especializada, pues el envejecimiento es considerado un proceso normal e irreversible de los seres humanos, donde ocurren cambios ambientales, biológicos y psicosociales que lo requieren (29). En la práctica los estudios del burnout en enfermería geriátrica se miden cuantitativamente. Los objetivos de la mayoría de los 12 artículos originales se orientaron a identificar la correlación entre el SQT o estresores laborales con variables sociodemográficas.



Además, es un grupo etario que reporta un incremento demográfico. Teniendo en cuenta la importancia que tiene el SQT en enfermería en el cuidado del adulto mayor, así como el hecho que se desconoce qué tanto y sobre qué se ha investigado y escrito en las publicaciones científicas, se hizo necesario realizar esta revisión donde se planteó como pregunta de investigación: ¿cuáles son las perspectivas teóricas y prácticas que muestran las publicaciones científicas a nivel mundial, con respecto al síndrome de burnout en el personal de enfermería que ofrece cuidado a adultos mayores institucionalizados?

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa (30-32). Se hizo la búsqueda en el contexto mundial de artículos publicados en bases de datos de ScienceDirect, Biblioteca Virtual en Salud-BVS, Dialnet y Redalyc desde el año 2013 hasta 2018. La búsqueda se realizó entre abril y junio de 2018. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los artículos fueran reportes de investigaciones originales y de revisión, relacionadas con la enfermería geriátrica y el síndrome de burnout. Como criterios de exclusión, no se incluyeron disertaciones, tesis, estudios de caso ni investigaciones que estuvieran enfocadas en el síndrome de burnout en campos diferentes a la enfermería geriátrica.

Se buscó en las bases de datos utilizando las siguientes palabras claves: enfermería geriátrica, burnout, hogares para ancianos, en el idioma español e inglés, además, se utilizó el operador booleano AND de la siguiente forma: enfermería geriátrica AND burnout AND hogares para ancianos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encontraron en total 201 artículos, de estos sólo se eligieron 15 publicaciones: 12 artículos originales y 3 artículos de revisión, que cumplieran con los criterios de inclusión. Los años donde más se encontraron publicaciones fueron 2014 y 2016, y es España el país de donde más proceden estos artículos, seguido de Alemania, y en América, se destacan Estados Unidos, México y Perú.

Los resultados se organizaron en las categorías emergentes, que se describen en forma resumida a continuación, teniendo en cuenta dos ejes temáticos.

Eje temático 1: perspectivas teóricas del burnout en enfermería geriátrica

Ausencia del constructo sobre enfermería geriátrica. En ninguno de los artículos se hace referencia a la enfermería geriátrica, como parte del constructo en el que se basaron para la realización de los estudios. Esta omisión en la inclusión de un marco teórico sobre dicho tema da cuenta del no cumplimiento de uno de los aspectos claves en investigación (32). Máxime la existencia del no consenso en su definición (27).

Consenso teórico sobre el burnout. En relación con el concepto de burnout, la mayoría de los artículos lo definen y lo relacionan con las algunas de sus características; como: aspectos emocionales negativos, producto del desempeño laboral y con consecuencias en la salud de la persona. En general, se apoyan en lo propuesto por un mismo autor.

Estas posturas teóricas son claves incluirlas en la introducción de un artículo puesto que son, en palabras de Cortés (33) es “la carta de presentación de un artículo”.

Eje temático 2: perspectivas prácticas del burnout en enfermería geriátrica

Y la mayoría de los artículos de revisión hallados, se enfocaron en la identificación de literatura con respecto al burnout y a la descripción de intervenciones dirigidas a cuidadores de adultos mayores.

En cuanto a los métodos utilizados, prevalece el enfoque cuantitativo. Y en el caso de los artículos de revisión, se utilizaron la revisión sistemática y de literatura. Coincidiendo lo anterior con el estudio de Sánchez et al. (34).

El reto está entonces, en asumir un abordaje investigativo que sea más amplio y que permita comprender el fenómeno de estudio más allá de lo que aporta el método cuantitativo. Por otra parte, prevalece el uso del Maslach Burnout Inventory (sigla en inglés, MBI) como instrumento aplicado en las investigaciones. Aunque, se hace necesario tener en cuenta sus limitaciones (35).

Escaso reporte de las intervenciones del burnout en enfermería geriátrica. Solamente se reporta en un artículo la intervención de tipo cognitivo-conductual realizada en cuidadores de un centro de atención gerontológica (36). A diferencia del anterior, en los trabajos de Westermann et al. y Sánchez et al (34-37) de las intervenciones estaban enfocadas especialmente a desarrollar entrenamiento en el conocimiento y manejo de los adultos mayores con patologías, respectivamente. Es claro que es muy poco el estudio de las causas que producen el burnout, así como la propuesta de soluciones (39).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La evidencia científica publicada a nivel mundial sobre el fenómeno estudiado, además de ser escasa, no incluye los constructos sobre enfermería geriátrica y algunas pocas sí presentan el concepto de burnout en los que se sustentan.

Esta revisión muestra que son escasos los resultados de intervenciones del burnout en enfermería geriátrica, aunque en los artículos de revisión sí se reportan algunos. Llama la atención que el enfoque de la mayoría de ellas esté orientado especialmente al desarrollo del conocimiento y al manejo de los adultos mayores. Ninguna de las acciones es de tipo preventivo.

Como recomendaciones, se propone:

- Es importante incluir en forma explícita los constructos sobre enfermería geriátrica y burnout en los que se sustentan los estudios.
- Futuras investigaciones deberían proponer no sólo proponer el diagnóstico de este síndrome y los factores que lo determinan, sino avanzar en el estudio de la evaluación de efectividad de las estrategias de intervención para su prevención y tratamiento. También es importante usar métodos cualitativos o mixtos, que contribuyan a obtener una perspectiva más amplia del fenómeno de estudio; así como a revisar la pertinencia sociocultural de los instrumentos que se utilicen.
- Las estrategias de intervención de los cuidadores de adultos mayores, no sólo se deben orientar a lograr mayor conocimiento, sino especialmente al desarrollo de actitudes y de habilidades para que ellos sean más competentes cuando ya tienen afectación de este síndrome o cuando están en riesgo.
- Es necesario realizar más la divulgación de los resultados de las investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marín Tejada M. Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior Health & Social Issues*. 2017; 9:117-123. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.008>
2. Fidalgo Vega M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o «burnout» (I): definición y proceso de generación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en El Trabajo. 2003; 1-7.

3. Buzzetti M. Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile. 2005; 1-138.
4. Vilá M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, González M, Davins J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales. Atención primaria. 2015; 47(1): 25-31. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008>.
5. Diaz Bambula F, Gómez IC. La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. 2016;33.
6. Patlán J. Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. Estudios gerenciales. 2013; 29: 445-455.
7. Seguel F, Valenzuela S. Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. Enfermería Univ. 2014; 11(4):119-27.
8. Gil-Monte PR. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. 2012; 29(2):237-41.
9. Moreno Jiménez B. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. Med Secur Trab. 2011; 57(1):4-19.
10. Arias F, Benítez O. Burnout o el agotamiento profesional. 2007; 6(3):55-62.
11. Marilaf M, San Martín M, Delgado Bolton R, Vivanco L. Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en Enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliaria en Chile. Enfermería Clínica. 2017; 27(6): 379-386. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.007>.
12. Domínguez J, Herrera F, Villaverde M, Padilla I, Martínez M, Domínguez. Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. Atención primaria. 2012; 44 (1):30-35. doi:10.1016/j.aprim.2011.01.004.
13. Blanca Gutierrez J, Jiménez Díaz M, Escalera Franco L. Intervenciones eficaces para reducir el absentismo del personal de enfermería hospitalario. Gaceta Sanitaria. 2013; 27(6):545-551. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.09.006>.
14. Rodríguez López AI, Méndez Durán A. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas en un hospital de tercer nivel. Gac Med Bilbao. 2016; 113(3):99-104.
15. Martín RA. Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. Soc Española Enfermería Neurológica. 2015; 41(1):9-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2015.02.001>.
16. Arrogante Ó. Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de enfermería. Enfermería Clínica. 2014; 24(5):283-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.06.003>.
17. Albendín L, Gómez JL, Cañadas-de la Fuente GA, Cañadas GR, San Luis C, Aguayo R. Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. Revista Latinoamericana de Psicología. 2016; 48:137-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.05.004>.
18. Seguel F, Valenzuela S. Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. Enfermería Univ. 2014; 11(4):119-27. doi: [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(14\)70923-6](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(14)70923-6).
19. Ríos Rísquez MI, Godoy Fernández C, Peñalver Hernández F, Alonso Tovar AR, López Alcázar F, López Romera A, et al. Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. Enfermería Intensiva. 2008; 19(1):2-13. doi: [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(08\)72738-X](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(08)72738-X)
20. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gómez-García T, González-María E. Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. Enfermería Intensiva. 2013; 24(3):104-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.06.001>
21. Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Álvarez González S, et al. Síndrome de burnout en distintas unidades de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva. 2009; 20(4):131-40. doi: [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(09\)73221-3](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(09)73221-3)

22. Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95(50):e5629. doi: 10.1097/MD.00000000000005629
23. Akman O, Ozturk C, Bektas M, Ayar D, Armstrong MA. Job satisfaction and burnout among paediatric nurses. *J Nurs Manag*. 2016; 24(7):923-33. doi: 10.1111/jonm.12399
24. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, Luis-Costas CS, Fernández-Castillo R. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria : una revisión sistemática. *Atención Primaria*. 2017; 49(2):77-85. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004>
25. Tomás-Sábado J, Maynegre-Santaulària M, Pérez-Bartolomé M, Alsina-Rodríguez M, Quinta-Barbero R, Granell-Navas S. Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*. 2010; 20(3):173-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.03.004>
26. Helfich CD, Simonetti JA, Wood GB, Taylor L, Schectman G, Stark R, et al. La asociación de carga de trabajo específica del equipo y personal con probabilidades de agotamiento entre los miembros del equipo de atención primaria del VA. *Rev Med Interna Gen*. 2017; 32(7):760-6.
27. Batchelor N, Bird L, Cable W. *Enfermería gerontológica*. 8a ed. Linppincott Williams, editor. Inglaterra; 2014.
28. Anzola Pérez E. *Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica*. Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. Washington, E.U.A.; 1993.
29. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Univ*. 2015; 12(1):19-27. doi: 10.1016/j.reu.2015.05.004.
30. Cardona Arias JA, Higueta Gutiérrez LF, Ríos Osorio LA. Revisiones sistemáticas de la literatura científica. *Revisiones sistemáticas de la literatura científica: la investigación teórica como principio para el desarrollo de la ciencia básica y aplicada*. 2016. Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.
31. Aveyard H. *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. 3ª ed. 2014. Bershire, England: McGraw-Hill Education.
32. Guirao Goris Silamani A. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*. [Internet]. 2015 [citado 2019 Feb 14]; 9(2). doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>
33. Cortés M. Cómo escribir la introducción de un artículo científico. *Rev Colomb Ortop Traumatol*. 2010; 24(2):83-5.
34. Sanchez S, Mahmoudi R, Moronne I, Camonin D, Novella JL. Burnout in the field of geriatric medicine: Review of the literature. 2015; 6(2):175-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2014.04.014>
35. Kulakova O, Moreno B, Garrosa E. Universalidad del constructo del Maslach Burnout Inventory en un contexto latinoamericano. *Acta Investig Psicológica*. 2017; 7(2):2679-90. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.05.001>
36. Sarabia Cobo CM, Diez Saiz Z, Salado Morales L, Clemente Campo V. Relación entre estrés y calidad de vida en profesionales del área psicogeriatrica como medidor de intervención para mejora en el clima laboral. *Gerokomos*. 2016; 27(2):48-52.
37. Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *Int J Nurs Stud*. 2014; 51(1):63-71. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001

VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO NECPAL – CCOMS© EN BOGOTÁ D.C. – COLOMBIA 2019 – 2020

Jhonatan Sebastián Celis Moreno*
Maribel Vargas Pelaéz**

* Enfermero especialista en Cuidado Crítico Adulto en el Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá y Cobos Medical Center. Candidato Magister en Cuidado Crítico Adulto en la Pontificia Universidad Javeriana. jhscelismo@unal.edu.co

** Enfermera especialista en Cuidado Crítico Adulto en Cobos Medical Center. Candidato Magister en Cuidado Paliativo en la Pontificia Universidad Javeriana. marvargaspel@unal.edu.co

RESUMEN

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) es entendido como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente, en la literatura sólo se identifica un instrumento para identificar las necesidades paliativas de los pacientes de la unidad de cuidado intensivo (UCI) llamado Necesidades Paliativas - Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (NECPAL - CCOMS) el cual no se encuentra validado en la población colombiana, por lo tanto esta investigación tendrá como objetivo realizar la validación transcultural del instrumento para su uso en los pacientes en la UCI y dará tres aportes primero fortalecerá el trabajo de enfermería al incluirse como agente primordial en el cuidado de pacientes al final de la vida en la UCI el inicio de soporte vital adicional y el retiro de medidas de soporte, segundo, mejorará las prácticas de atención con respecto a la AET en la UCI y finalmente, acrecentará la calidad de vida del paciente y su familiar en el contexto de AET en la UCI por medio de la identificación de las necesidades de atención paliativa, todo guiado por la teoría del final de la vida de Cornelia Ruland y Shirley Moore donde se identifica el vacío en la compleja labor de identificar y direccionar a los pacientes con necesidades paliativas y que el cuidado se debe guiar a buscar el mayor bienestar.

Palabras clave: Cuidados críticos, Cuidados paliativos, atención de enfermería

INTRODUCCIÓN

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) se define como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente, este tiene tres formas de presentarse en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), limitación del ingreso a UCI, limitación del inicio de determinadas medidas de soporte vital y, retirada de estas medidas de soporte una vez iniciadas (1). La UCI se ha centrado en salvar vidas de pacientes amenazados por enfermedades agudas y crónicas agudizadas, de estos el 75% morirá por esta misma causa, y a edades más avanzadas los pacientes tienen mayor riesgo de inestabilidad, lo cual ha aumentado la tasa de mortalidad (2-4).

Velasco et al. (5), indican la importancia de prestar atención integral a todos los pacientes en la UCI desde el momento del ingreso, con la identificación a tiempo de medidas paliativas (valoración diaria), por otro lado, existe una variabilidad en la práctica clínica con respecto a la identificación de necesidades paliativas y la toma de decisiones del equipo de enfermería, intensivistas y otras especialidades, en donde no siempre se tiene en cuenta la figura de la enfermera (7, 13), por lo que es fundamental la participación activa y real de enfermería durante todo el proceso, especialmente en decisiones sobre la AET, en donde la enfermera puede identificar los valores y las necesidades del paciente y la familia ya que pasa más tiempo con estos agentes de cuidado y puede reconocer cuando el tratamiento comienza a ser anodino.



La enfermera mejora el abordaje de aspectos físicos y psicológicos, por lo que es necesario que se incorpore y realice una participación activa en la valoración diaria para la detección oportuna de la necesidad de cuidados paliativos y holísticos (5-7).

Al realizar una revisión exhaustiva de la literatura, se ha evidenciado que solamente existe un instrumento que se pueda aplicar a pacientes ingresados a la unidad de cuidado intensivo para identificar la necesidad de iniciar cuidados paliativos, este, el instrumento Necesidades Paliativas - Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (NECPAL - CCOMS) (8) el cual consiste en identificar precozmente a personas con necesidades de atención paliativa y pronóstico de vida relativamente limitado en servicios de salud, instaurando un enfoque paliativo e inicie el proceso de AET por medio de planificación de decisiones anticipadas, identificando valores y preferencias de los pacientes y mejorando la calidad de vida de los pacientes y familiares, que aún no se encuentra validado en el contexto colombiano, a partir de esta premisa se afirma que esta investigación realizará un enriquecimiento al cuerpo de conocimientos de enfermería tanto en el campo de los cuidados paliativos como en los cuidados críticos, ambos campos trabajados por enfermería desde el propio inicio de la profesión aunque se le ha dado mayor importancia social al cuidado intensivo dado que hace más tiempo cuenta con un reconocimiento en la prestación de servicios de salud, en cambio los cuidados paliativos se están reforzando como un nuevo capítulo en la salud de las personas.

Por lo tanto, la investigación dará aportes en tres aspectos, primero fortalecerá el trabajo de enfermería al incluirse como agente primordial en el cuidado de pacientes al final de la vida en la UCI en dos de los tres aspectos de AET, los cuales son el inicio de soporte vital adicional y el retiro de medidas de soporte, segundo, mejorará las prácticas de atención con respecto a la AET en la UCI y finalmente, acrecentará la calidad de vida del paciente y su familiar en el contexto de AET en la UCI por medio de la identificación de las necesidades de atención paliativa.

JUSTIFICACIÓN

Significancia Disciplinar

A nivel disciplinar se espera que esta investigación aumente las competencias y la idoneidad del cuidado que brinda enfermería a los pacientes con necesidades paliativas que son ingresados a la unidad de cuidado intensivo, tal y como lo identifican Gálvez y Muñumel (9), las decisiones vitales en las unidades de cuidado intensivo especialmente en lo que se refiere al retiro de soportes vitales son tomadas por médicos pero llevadas a cabo por el personal de enfermería, es por esta razón que se requiere que el personal de enfermería demuestre un empoderamiento y conocimiento de las necesidades paliativas de los pacientes ingresados a la unidad de cuidado intensivo para participar en la toma de decisiones en cuanto a la AET.

Con la validación del instrumento se permitirá dar mayor solidez a próximas investigaciones que tengan como objetivo la adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos con necesidades paliativas e incluirá a los profesionales de enfermería en la participación de toma de decisiones en la terapia intensiva. Un instrumento validado podrá ser útil en la toma de decisiones por parte de la enfermera en cuanto a cuáles de los pacientes ingresados a la UCI tienen necesidades paliativas.

Significancia Social

La identificación de necesidades paliativas en los pacientes contribuye a mejorar la calidad de vida, como lo plantea la OMS en la Resolución WHA 67a Asamblea Mundial de la Salud (10), los cuidados paliativos deben ser un componente integral de todos los planes mundiales de salud, además de la creación de directrices e instrumentos basados en criterios científicos sobre la asistencia paliativa, por otro lado, denota el enorme sufrimiento de millones de pacientes y sus familias, que podría ser evitado.

En Colombia, estamos en proceso de transformación y evolución con respecto a los cuidados paliativos, existen muy pocos centros de atención paliativa y formación profesional en este campo, según el atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica (11) no existe integración de cuidados paliativos al Sistema Nacional de Salud pero si se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, del mismo modo, existen muy pocas publicaciones relacionadas con los cuidados paliativos y nulas en pacientes críticos con requerimiento de atención paliativa, a partir de estos argumentos la validación del instrumento NECPAL será un avance importante en la construcción de un modelo de atención paliativa en Colombia. Al realizar la búsqueda de la información relacionada con las estadísticas de ingreso de paciente a cuidados intensivos en relación con la cantidad de camas, se encuentra que de Colombia no se encuentra un adecuado reporte de estos datos estadísticos.

Significancia teórica

El momento del cuidado en donde se evidencia el vacío del conocimiento, es el que responde a la inquietud de ¿en qué momento iniciar los cuidados paliativos o a qué pacientes se les debe iniciar dichos cuidados? y es allí donde para tomar esta decisión de la forma más objetiva posible, el equipo de salud se debe apoyar de un instrumento con el cual se pueda identificar de los pacientes ingresados en la unidad de cuidado intensivo cuales tienen necesidades paliativas.

Desde el ámbito específico de enfermería la teoría del final de la vida de las autoras Ruland y Moore (12), se ancla con esta investigación dado que en el desarrollo de la misma ellas exponen un vacío en la compleja labor de identificar y direccionar a los pacientes con necesidades paliativas, además especifican que no siempre el sentido del cuidado será el mejor tratamiento ni el más avanzado tecnológicamente, sino que en ocasiones el cuidado se debe guiar a buscar el mayor bienestar y lograr así una muerte tranquila tanto para el paciente como para su familia y el personal de salud.

CONCLUSIONES

Los cuidados paliativos siguen siendo un tema poco tratado en Colombia y aún más en las unidades de cuidado intensivo donde se intenta salvar la vida de los pacientes, sin embargo existen situaciones agudas a pacientes con enfermedades crónicas que aumenta la mortalidad de estos y las complicaciones adyacentes.

La decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico de los pacientes en la UCI siempre es de manera subjetiva basada en el criterio médico y en ocasiones fallece el paciente sin ofrecerle calidad de vida al final de su existencia, por lo tanto, al identificar las necesidades paliativas de manera subjetiva por medio del instrumento NECPAL, se reconocerá estas necesidades, lo que hace necesario realizar la validación a la población colombiana para ser utilizado en este ámbito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. SEMERGEN. 2016; 42 (8): 509-600.
2. Fernández Fernández R, Baigorri González F, Artigas Raventos A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidado intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?. Med Intensiva. 2005; 29: 338 - 341.
3. Iribarren S, Latorre K, Munoz T, Poveda hernández Y, Dudagoitia L, Martinez Alutiz S. Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. Med Intensiva. 2007; 31: 68 - 72.

4. Gómez X, Blay J, Roca J, Fontanals MD. Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI. *Edit Med Paliat.* 2012; 19: 85-86.
5. Velasco Sanz TR. Importancia del abordaje paliativo interprofesional en el paciente crítico. *Enferm Intensiva.* 2019; 30 (1): 1 - 3.
6. Lomero Martinez MM, Jiménez Herrera MF, Bodí Saera MA, Lauradó Serra M, Masnou Burrallo N, et al. Decision - making in end of life care Are we really playing together in the same team?. *Enferm Intensiva.* 2018; 29: 158 - 167.
7. González Rincón M, Díaz de Herrera Marchal P, Martínez Martín M. Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enferm Intensiva.* 2018. DOI: 10.1016/j.enfi.2018.02.001
8. Gómez Batiste X. Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en Servicios de Salud y Sociales: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.1. (2017). Accesible en: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/INSTRUMENTO-NECPAL-3.1-2017-ESP_version-diptico-bolsillo.pdf
9. Gálvez González M, Muñumel Alameda G. Cerrando la brecha entre los cuidados paliativos y los cuidados intensivos. *Index Enferm.* 2010 Sep; 19(2-3): 191-195.
10. WHA67.19. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. Resolución WHA; 67a Asamblea Mundial de la Salud, 2014.
11. Pastrana P, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1a edición. Houston: IAHPHC Press. 2012.
12. Higgins P. Cornelia M. Rulland y Shirley M. Moore: Teoría del final tranquilo de la vida. En: Elsevier.. Modelos y teorías en enfermería. Séptima Edición. España: Elsevier; 2011. 753 - 763.

ESTRATEGIAS PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y LA CONTRUCCIÓN DE ESPACIOS DE PAZ

Adriana Lucía Builes Gaitán*

*Estudiante de décimo semestre de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Correo: albuilesg@unal.edu.co

RESUMEN

Una de las consecuencias de más de 50 años de guerra y conflicto armado en Colombia, ha sido la instauración de una cultura arraigada a la violencia, siendo esta la estrategia de preferencia para la resolución de conflictos. Posterior a la firma del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, surge la necesidad de buscar alternativas para la promoción de una cultura de paz en la población colombiana, una de ellas ha sido la iniciativa de la Universidad Nacional de Colombia, el Laboratorio de Innovación para la Paz. El objetivo de la presente investigación fue describir las vivencias de los participantes en este espacio, relacionadas con resolución de conflictos y construcción de espacios de paz. Para el logro del objetivo se desarrolló el estudio con un enfoque fenomenológico descriptivo.

Las categorías que surgieron como resultado del análisis fueron: Intercambio de conocimientos y experiencias, construcción colectiva de paz, el encuentro con la narrativa y lecciones para la vida. El estudio permite comprender los diferentes elementos que deben estar presentes al disponer espacios de interacción para la construcción colectiva de paz, basados en el conocimiento de experiencias, en el trabajo colaborativo y en la transformación propia que finalmente son herramientas adquiridas que le permiten a la persona empoderarse, ser foco y replicador de una cultura de paz que de la misma manera contribuya a una sociedad con mejores condiciones de salud alejadas de la violencia.

Palabras clave: Conflictos armados, derecho a vivir en paz.

INTRODUCCIÓN

Durante el periodo del conflicto armado en Colombia, la población ha sido testigo y víctima de diferentes modalidades de violencia, esta se ha instaurado en la cotidianidad y muchas veces en la estrategia de preferencia para la resolución de conflictos, afectando el desarrollo de las personas y su calidad de vida.

Desde la firma del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, nace un nuevo reto para los profesionales de salud y es el planteamiento de diferentes estrategias que busquen contribuir a la divulgación y establecimiento de alternativas para la resolución de conflictos que permitan promover una cultura de paz que aporte al mejoramiento del bienestar y la salud global de los colombianos.

La Dirección de Investigación y Extensión de la Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia desarrolló el Laboratorio de Innovación para la Paz (LabPaz), como un espacio de interacción que le permita a los participantes abordar las problemáticas de su territorio, brindar alternativas y construir paz en su entorno inmediato. La investigación desarrollada caracteriza y describe las experiencias de resolución de conflictos y construcción de espacios de paz de algunas personas que fueron favorecidas de esta iniciativa de la universidad.

Con el fin de describir y comprender el desarrollo del fenómeno, el estudio utilizó un enfoque cualitativo de corte fenomenológico descriptivo. Esto permitió el desarrollo de categorías que describen la experiencia y las estrategias para la construcción de espacios de paz.



En el presente documento se expondrán los antecedentes que justifican el desarrolló de la investigación. La metodología utilizada para la recolección y el análisis de los datos, para posteriormente presentar los resultados que nos permiten arrojar unas conclusiones en torno al fenómeno planteado.

CONTEXTUALIZACIÓN

Entre 1958 y 2012 el conflicto armado en Colombia ocasionó la muerte de por lo menos 220.000 personas (1). La violencia se ha perpetuado hacia la comunidad en general, incluyendo entre estas acciones crímenes de guerra y de lesa humanidad. Esto ha afectado el desarrollo social, la construcción de tejido social, el establecimiento de redes de apoyo, la transformación de las dinámicas cotidianas, la transformación de los arraigos culturales y de las habilidades de convivencia en la población colombiana (2).

En la época actual de posacuerdo o posconflicto los nuevos retos van ligados con la resolución pacífica de conflictos y la construcción de espacios de paz, esto entendido como un proceso que permita también la reconstrucción social con la participación de diversos actores.

La paz no solo supone una resolución adecuada y pacífica de conflictos sino también involucra el abastecimiento de necesidades básicas que contribuyan a mejorar la calidad de vida en las poblaciones. De esta manera, se encuentra ligada con los territorios y las acciones de los colectivos en estos espacios cotidianos. Dentro de las acciones encaminadas a este fin se pueden reconocer el establecimiento de redes, la participación e incidencia comunitaria y la capacidad de los actores para brindar respuestas resolutiveas entorno a transformar su realidad y su contexto inmediato (3).

De esta manera, la paz se establece como un derecho fundamental al que todas las personas deberían acceder para mejorar sus condiciones de vida y su salud global. Por ello, la cultura para la paz debe llegar a todas las generaciones brindando herramientas y conocimientos para fortalecer las habilidades de las comunidades y así mismo extenderlo a lo largo del país (4). Los líderes sociales y los jóvenes son guías en estos procesos, presentan un alto potencial creativo y es importante que los profesionales de la salud apoyemos estas iniciativas y brindemos herramientas para incidir en cambios reales en la población en el marco del contexto actual.

Como una propuesta desde diferentes estamentos de la sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia, nace el Laboratorio de Innovación para la Paz con la misión de convertirse en un espacio de colaboración, capacitación y acompañamiento, que reúna personas de diferentes contextos con el fin de desarrollar procesos de creación conjunta en escenarios que apunten a la construcción de paz (5).

METODOLOGÍA

Se utilizó un enfoque fenomenológico descriptivo, basado en Husserl y la metodología de Colaizzi, de esta manera el enfoque permite abordar la experiencia y entender la particularidad del fenómeno.

Los criterios utilizados para la inclusión de las personas en la investigación fueron: personas que hayan estado en las últimas dos cortes del laboratorio, que estén dispuestas a colaborar y contar su experiencia y finalmente que utilizaran diferentes estrategias para la construcción de paz en sus territorios.

Los pasos de la metodología de Colaizzi fueron los utilizados para el desarrollo del estudio. En primer lugar, se realizó la descripción del fenómeno. Posteriormente, se hace la recolección de los datos, en este caso, se utilizó la producción narrativa y entrevistas semiestructuradas. Con la información recolectada, el paso a seguir fueron las lecturas y relecturas de las transcripciones y las narrativas obtenidas. De esta manera, se debe continuar con la extracción de fragmentos y temas empleando códigos vivos y sustantivos. Se realizó la creación de grupos por semejanzas en los temas para finalmente establecer categorías y códigos que permitan describir el fenómeno en estudio.

RESULTADOS

En el presente estudio participaron cinco personas entre los 26 y 55 años, 4 mujeres y 1 hombre, la mayoría vinculados a organizaciones sociales y con una formación universitaria. Al hacer el análisis de la información recolectada se hallaron cuatro categorías (Tabla 1.) que permiten dilucidar algunas estrategias que han identificado los participantes como herramientas que contribuyen a la resolución de conflictos y la construcción de espacios de paz.

Tabla 1. Descripción de la experiencia de construcción de paz en el LabPaz.

Categorías	Códigos sustantivos
Intercambio de conocimientos y experiencias	<ul style="list-style-type: none">- Conocer otras experiencias.- Establecer redes.
Construcción colectiva de paz	<ul style="list-style-type: none">- Aprender sobre paz.- Paz desde nuestras propias vidas.- Trabajo colaborativo por la paz.- Ambiente y paz.
El encuentro con la narrativa	<ul style="list-style-type: none">- Cuesta escribir.- Escribir es valioso.
Lecciones para la vida	<ul style="list-style-type: none">- Herramientas e innovación.- Empoderándonos.- Desarrollo sostenible.

Fuente: Elaboración propia.

En los relatos de los participantes se identificó la importancia del intercambio de experiencias y la posibilidad de conocer otras personas para establecer redes. Esto tiene conexión con que mejora la motivación y permite visibilizar las labores de los diferentes actores.

Por otro lado, surge la gran categoría de la construcción colectiva de paz, donde se identifican diferentes factores tales como: la importancia de aprender constantemente sobre paz, la paz desde los contextos cotidianos como las familias y el desarrollo del propio ser, el trabajo conjunto en la comunidad que permita generar mayor impacto y la relación con el ambiente y el territorio de manera que también se garantice protección para este.

Al utilizar la narrativa como un instrumento para la recolección de los datos se logra identificar la tercera categoría. Esta visibiliza la problemática con la escritura, pero la importancia de esta como medio de reflexión y comunicación.

Finalmente, desde el LabPaz se brindaron herramientas relacionadas con los Objetivos del Desarrollo Sostenible y la Innovación. Los participantes señalaron estas herramientas como lecciones para la vida, que les permite orientar sus acciones, empoderarse sobre ellas y de esta manera guiar labores innovadoras en sus comunidades que permitan atender a sus problemas inmediatos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El LabPaz es una propuesta que busca espacios de encuentro y construcción colectiva entorno a problemáticas cotidianas que aporten constantemente a una cultura de paz. Posterior al análisis de las entrevistas surgen unas categorías con ítems claves hallados en la indagación.

En primer lugar, es importante mencionar la importancia de seguir promoviendo estos espacios de encuentro de colectivos. El fomento de estos espacios permite la interacción de los diferentes actores sociales, donde se puede visibilizar su trabajo, hacer un intercambio de conocimientos y ser un espacio ideal para la construcción de tejido social.

La enseñanza de paz debe ser un ejercicio constante que además permita a las personas interiorizar el concepto y aplicarlo en sus propias vidas y su contexto inmediato. Al establecer un espacio de construcción colectiva, se debe fomentar el trabajo colaborativo y brindar herramientas que permitan a los mismos colectivos resolver sus diferencias y trabajar por los objetivos en común.

Una de las conclusiones importantes que nombraban los participantes y que se pudieron evidenciar en el ejercicio investigativo, es que la construcción de espacios de paz debe ir de la mano con la construcción en el territorio. El territorio entendido como el espacio físico y ambiental en el que se desarrollan los seres humanos también debe ser protegido e incluido en los planes e intervenciones planteadas, pues contribuye también al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Cuando se le brindan diferentes herramientas y conocimientos a las personas en estos espacios de construcción y creación conjunta como lo es el LabPaz, se fomenta que cada participante se empodere de su rol y se transforme en un ente replicador de conocimientos y cultura por y para la paz.

Al realizar la descripción de la experiencia en el espacio de innovación, se pueden identificar elementos claves que pueden servir como guías para establecer espacios de formación y construcción de paz.

Los profesionales de enfermería tienen como eje central el cuidado integral de las personas y por ello cada día sus acciones van guiadas a lograr el mayor bienestar integral de las mismas. Por consiguiente, no se deben desconocer las temáticas relacionadas con la violencia y la construcción de paz. En una sociedad que se ha visto tan afectada por el fenómeno del conflicto armado, como lo es Colombia, se requieren profesionales de enfermería integrales que trabajen por buscar un bienestar en la vida de las personas, de la mano con espacios sanos que permitan un adecuado desarrollo personal y social.

La mejor manera de incidir significativamente en estos contextos es que desde las ciencias de la salud se planteen estrategias que contribuyan a la resolución de conflictos y la construcción de espacios de paz.

REFERENCIAS

1. Centro Nacional de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia: Memoria de guerra y dignidad. [Internet]. Imprenta Nacional, editor. Bogotá; 2013 [cited 2019 Jul 6]. Available from: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/informeGeneral/>
2. Arias López BE. Cuidado y sufrimiento social: la enfermería en contextos de violencia política. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 17];31(1):125–32. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=es

3. Chilito Piamba EA. Participación comunitaria, gobernanza y gobernabilidad. Experiencias de construcción de paz en el departamento del Cauca, Colombia, y su aporte al posconflicto, el caso del corregimiento de Lerma. *Estud Políticos* [Internet]. 2018 Jul 17 [cited 2019 Jun 23];0(53):51–72. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/estudiospoliticos/article/view/331473/20790675>
4. Ramos Muslera E. El proceso de construcción de paz colombiano más allá de la negociación: una propuesta desde la Paz Transformadora y Participativa. *Agora USB* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 6];16(2):513–32. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-793093>
5. Dirección de Investigación y Extensión Sede Bogotá UN de C. LabPaz: Laboratorio de Innovación para la Paz [Internet]. [cited 2019 Jun 17]. Available from: <http://extension.bogota.unal.edu.co/innovacion-social/labpaz/>

PRACTICA AVANZADA EN CUIDADOS PALIATIVOS: EXPERIENCIA PANAMÁ

Myrna McLaughlin de Anderson*

*DHA, MSN, CCN, OCN, MLD, BSN, RN, Docente Facultad de Enfermería Universidad de Panamá. Correo: myrnanderson87@gmail.com

LAS FUNCIONES ESENCIALES DEL PROFESIONAL

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), las funciones esenciales del profesional son:

- La defensa
- El fomento de un entorno seguro
- La investigación
- La participación en la política de salud
- En la gestión del cuidado de los pacientes
- Los sistemas de salud
- La formación.

DOMINIOS Y COMPETENCIAS CENTRALES PARA LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

- Gestión del cuidado
- Ética
- Colaboración interprofesional
- Promoción y prevención en salud
- Práctica basada en la evidencia
- Investigación
- Liderazgo

EL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

- "Como el grupo más grande de profesionales de la salud, con presencia en todos los ámbitos, las enfermeras pueden tener un enorme impacto en la capacidad de transformación de los sistemas de salud", Dr. Judith Shamian, President del CIE(2015).
- "Las enfermeras, están bien posicionadas para dirigir mejoras en términos de eficiencia y eficacia, a la par que brindan cuidados de calidad y obtienen resultados óptimos para los pacientes y las poblaciones." Dr.Judith Shamian, Presidenta del CIE (2015).



COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN

En el año 2011 la OMS Pidió:

- ❖ Mejorar la capacidad institucional para la formación en enfermería y ampliar el ámbito de la práctica de enfermería para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (incluido el cáncer). (WHA Resolución 64.7 (Asamblea Mundial de la Salud 2011))
- ❖ Proporcionar a las enfermeras un mejor acceso a la información, capacitación y reconocimiento de la especialización, podría ser un avance importante en varios Países de bajos y medianos ingresos que sirven a un número extremadamente grande de pacientes con cáncer (Challinor et al., 2014).

DESAFÍOS Y RETOS PARA LA ENFERMERÍA DEL TERCER MILENIO

En un mundo globalizado, la profesión de enfermería en América Latina enfrenta grandes retos.

- Por un lado la consolidación de un modelo profesional autónomo en lo científico técnico y en lo administrativo.
- En la clínica, deberá reasumir su función de cuidador, pero su presencia en la atención de los pacientes deberá caracterizarse por intervenciones que demuestren la calidad científica y humanización del cuidado profesional.
- Asumir el ejercicio independiente, particularmente el dirigido a los cuidados en el hogar.
- Redefinir en teoría y práctica la dimensión de los cuidados prolongados y de los cuidados paliativos, para sociedades donde el perfil demográfico de población envejeciente está en aumento, con sus características epidemiológicas de demencias, discapacidades y enfermedades crónicas.

FUNDAMENTO DE LA CONTRIBUCIÓN DE LAS ENFERMERAS EN LA CONSECUCCIÓN DE LOS ODS

Cuatro razones principales

1. Las enfermeras cuidan de los demás.

Es una de las bases fundamentales de la enfermería, tal como el CIE lo señala en su definición: La enfermería abarca la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado de los enfermos físicos, mentales y las personas con discapacidad de todas las edades, en todo el ámbito de la atención de la salud y en otros entornos de la comunidad. En este amplio espectro de la atención, los fenómenos de especial preocupación para las enfermeras son las respuestas individuales, familiares y de grupo a problemas de salud reales o potenciales

2. Estriba en que es lo correcto.

Los ODS presentan la oportunidad de aplicar los conocimientos como enfermeras para crear un mundo más saludable y mejor; se puede contribuir al ayudar a poner fin a la pobreza, al evitar el fallecimiento de los niños y las madres, al mejorar la calidad de vida y a que los niños vayan a la escuela.

3. El cambio es posible

A los ODS se les atribuye la mejora en la esperanza de vida, menores tasas de mortalidad en niños, mayores índices de escolaridad infantil, la reducción de la pobreza extrema y la mejora del acceso al agua segura y saneamiento.

4. Se trata de nuestra salud

- ❖ Los ODS no solo se refieren a las personas en países de renta baja sino que afectan a todos.
- ❖ La consecución de estas metas mejorará las vidas de las personas en nuestras comunidades y familias e incluso nuestra propia salud.

LAS ENFERMERAS DEBEN PARTICIPAR Y TENER VOZ EN TODOS LOS NIVELES DE TOMA DE DECISIONES

- A título personal:

Liderazgo

Activismo político derivado del conocimiento

- Como profesión

Plataforma y medio para lograr objetivos comunes

Suma poder a la visión de la profesión

- Como miembro de un equipo interdisciplinar

Dada la importancia de los determinantes de la salud

Representa un compromiso de todos para tener un impacto significativo en las políticas de salud y en la vida de las personas

CUIDADOS PALIATIVOS EN PANAMÁ PARA TODOS CON TODOS

- El Cuidado de las personas en una condición de enfermedad avanzada sin posibilidades de curación es complejo.
- Definir el rol de los cuidados Enfermeros en un equipo interdisciplinario de cuidado paliativo, aunque complejo siempre estará orientado por el paradigma enfermero "Cuidar".
- Los cuidados paliativos en Panamá tienen una historia de evolución de 25 años.
- Sin embargo no es sino hasta el año 2010 que se instauran como parte de la cartera de servicios del MINSA

TANATOLOGÍA

- Visión antropológica, forense de la muerte
- Manejo de pérdidas
- Comprensión de la muerte

CUIDADOS PALIATIVOS

- Seguimiento del duelo
- Atención directa de la persona con enf. Terminal y su familia
- Manejo del sufrimiento (dolor total)

ALGIOLOGÍA

- Control del dolor
- Atención de dolor crónico y agudo de difícil manejo
- Utilización de métodos invasivos

PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADO PALIATIVO

- Marco Legal: Ley 68 2003 de los Derechos de los Pacientes:
- Capítulo V, Artículos 23-25: "...Toda Unidad de Salud, brindará cuidados paliativos básicos con el equipo con el que cuenta..."
- Se han realizado avances significativos en la integración, desarrollo y avance de los CP en el país.
- Los CP han sido una escuela en todos los ámbitos de la atención, para la realización de la atención integral basada en las necesidades de la persona y su familia.
- Han permitido identificar de una manera práctica el derecho a la autonomía del paciente,
- Han permitido la realización de trabajo interdisciplinar.
- Han permitido el trabajo de dos instituciones públicas prestadoras de servicio, a través de un programa nacional



- El desarrollo a nivel mundial de los cuidados paliativos ha permitido a Los profesionales de cuidado paliativo en Panamá, el avance el avance tecnológico y científico, valorando los criterios de eficacia y eficiencia, efectividad, y satisfacción.
- El rigor de la evaluación ha permitido evaluar los avances en diferentes areas como país, lo que ha llevado al mejoramiento continuo.

PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE PANAMÁ ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA

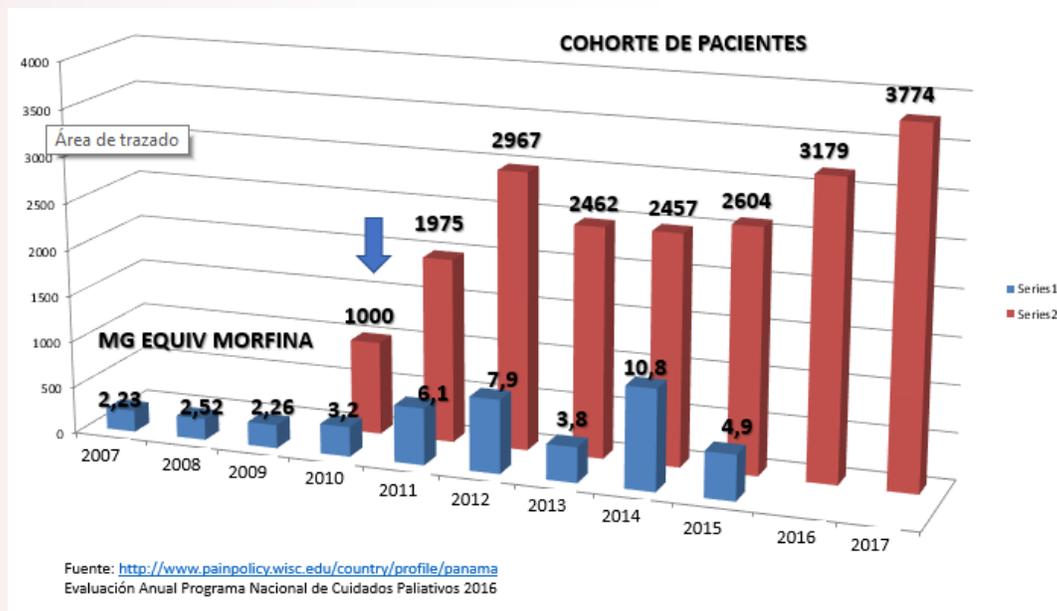
El programa Nacional de Cuidado Paliativo de Panamá, tiene un enfoque de atención primaria. En cada una de las 15 regiones de salud del país hay un equipo regional, que coordina los equipos locales, en la red de servicios, lo que asegura la cobertura a aquellos pacientes que lo requieren en el lugar mas cercano a su domicilio.

OPORTUNIDADES DE LA LEY 14 DE 19 MAYO DE 2016

1. Reglamentos de viajeros: Es una resolución Ministerial
2. Departamento de Sustancias Controladas: Con funciones ya definidas por ODI pendiente de ajuste del RRHH
3. Registro de Sustancias Controladas: se podrá llevar a través de sistema informático. A nivel global y detal.
4. Recetarios Oficiales Únicos: Aumenta el número de recetarios que se le darán a prescriptor. Será blanca y copia química. Y tiempo de prescripción más sencillo igual para todos los médicos excepto los odontólogos.

5. Se prohíben las muestras médicas de sustancias controladas.
6. Capítulo de Faltas, Sanciones y Recursos: Se sanciona al establecimiento / prescriptor
7. Capacitación – Grupo de Estudio de Sustancias Controladas

COHORTE DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS Y MG EQUIVALENTES DE MORFINA PER CAPITA 2007-2017



Retos del Programa de Cuidados Paliativos de Panamá

- Mantener la comunicación en toda la red (Reuniones, visitas, pre-talleres, capacitaciones, chat, discusión de casos, otras).
- Fortalecer La filosofía de los cuidados paliativos y el componente de espiritualidad en la atención paliativa (Inclusión de voluntarios); los cuidados paliativos pediátricos (Normas)
- Acompañar el proceso de duelo de las familias atendidas
- Investigar Posters para la siguiente evaluación anual, calidad en la atención de cuidados paliativos (ESASr)

RETOS 2018-19

Gestión del Programa

Trabajo en Red y en Equipo –integración al resto de la gestión en salud (SIMEPLAN)

Transición de Gobierno (Divulgación de avances a autoridades locales, regionales y nacionales / actuales y por venir)

Planificación de Recursos (Humanos, medicamentos e insumos)

Cálculo / Estimación de necesidades

Indicadores de Estructura, Proceso, Resultado (a nivel local, regional y nacional)

Uso de TICS (SEIS/SIS, APP online de gestión del Programa,

Atención

Centrada en el Paciente Y FAMILIA hasta el duelo /certificado de defunción

Atención Holística (Biopsicosocioespiritual)

Modalidades Domiciliaria, Hospitalaria, ambulatoria

Integral vs Especializada

Investigación

(A nivel local, regional y nacional)

Participación en jornadas / congresos

MANEJO DE LA CLAUDICACIÓN FAMILIAR

Para ser capaz de ello se sugiere entrenamiento en varias habilidades:

- La escucha: reconocer miedos, necesidades e interrogantes de los cuidadores principales y considerarlos tanto como los de los pacientes.
- La transmisión de explicaciones de que está pasando y que pasará y el papel que cada uno ha de desempeñar en cada situación.
- El ofrecimiento para hablar con familiares que están esperando información temerosos sin pedirla (hijos jóvenes, niños o ancianos).
- El garantizar la continuidad de cuidados El garantizar la continuidad de cuidados para contrarrestar el temor al abandono.
- El manifestar al cuidador principal empatía, confianza y experiencia.

El mundo de la salud tan cambiante y demandante cada día demanda de las enfermeras el desarrollo de habilidades y competencias que permitan responder a las necesidades de aumento de expectativa de vida de la población, aumento de la población mayor de 60 años

Aumento de las enfermedad es crónicas no transmisibles

El retraso en el diagnostico temprano y oportuno de las enfermedades.

- La calidad de las intervenciones de enfermería exige profundizar en los cuidados individualizados definidos en los propios términos del enfermo.
- Esta práctica clínica requieren conocimientos en ética , conocimientos técnicos, relaciones interpersonales, y trabajo interdisciplinario.
- El interés del cuidado enfermero en cuidado paliativo se centra en todas las dimensiones del enfermo como persona, entendiendo que esta tiene unas necesidades concretas y específicas en continuo cambio y evolución.

DIMENSIONES DE LA PERSONA

- Es necesaria una definición de las competencias para identificar el rol enfermero en una cultura multidisciplinar, para proporcionar cuidados expertos, integrales, personalizados y de calidad que se ajusten a las necesidades.
- Los cuidados enfermeros en cuidado paliativo se planifican desde la individualidad, continuidad, flexibilidad, accesibilidad, polivalencia.
- Se responde a la evolución de la enfermedad
- Control de síntomas,
- Satisfacción de necesidades básicas
- Planificación del cuidado en casa.

CONCLUSIONES

- De acuerdo a Colliere (1986) y Alberdi (2005) hay un cuidado invisible que proporciona la enfermera, como el estar atento a los detalles, la escucha activa, la anticipación a las necesidades,
- Paradigma de cuidado y ser cuidado (enfermería)
- Curar ser curado (medicina)
- En cuidado paliativo dada la imposibilidad de curar emerge el cuidado desde todas las disciplinas.
- Este modelo favorece la aplicación de la profesión de enfermería en todas sus dimensiones enfermería
- El modelo de cuidado paliativo tiene como pilar básico la visión global de la persona y la búsqueda del bienestar a través del cuidado, al igual que el paradigma enfermero, lo que hace que la enfermera trabaje en un contexto muy cercano a su propia disciplina.
- Las enfermeras que desarrollan la práctica avanzada son profesionales que ejercen un liderazgo clínico en el ámbito de su trabajo, con autonomía para la toma de decisiones complejas, basadas en la aplicación de la evidencia y en los resultados de la investigación a su práctica profesional.
- En su práctica clínica integran cuatro roles: clínico experto, consultor, docente e investigador (La Fuente Robles (2018)).
- Sin salud no hay desarrollo. Por eso la Directora General Chan insiste en la necesidad de impulsar la cobertura universal de salud con el fin de reducir las desigualdades en el acceso a la atención. De la manera en que se formule la nueva generación de objetivos mundiales dependerán las prioridades y la financiación del desarrollo en los años venideros, por eso el garantizar que la salud ocupe una posición preeminente, constituye un importante reto para la gobernanza de la acción sanitaria de la OMS

REFERENCIAS

1. Consejo Internacional de Enfermeras. La definición de enfermería. Suiza: CIE; 2015. [cited 2017 Marzo 13]. Available from: <http://www.icn.ch/es/who-weare/icn-definition-of-nursing/>
2. Dr. Judith Shamian, President del CIE(2015).
3. (WHA) Resolución 64.7 (Asamblea Mundial de la Salud 2011)
4. Castañeda-Hernández MA. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus vínculos con la profesión de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017;25(3):161-2.
5. Guías Operativas: <http://www.minsa.gob.pa/programas-archivos/5858>
6. Congreso Europeo de Cuidados Paliativos, Berlin 2019, por la iniciativa de la Resolución 67-19 de 2014

PANEL DE EXPERTOS: DIMENSIONES DEL CUIDADO, FRENTE A LOS DESAFÍOS DE LA PRÁCTICA

INTRODUCCIÓN

Los cambios que se perciben en todos los campos como producto de la globalización, que transforman las dinámicas de las profesiones y en este caso enfermería, sobre la cual la OMS, plantea que *“abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”*.

A nivel mundial, los conceptos de salud global son vistos como desafíos para las naciones, que requieren de una acción en todos los niveles porque sus resultados, son bienes públicos globales, que atañen a todos los países, poblaciones y niveles. Si se teniendo en cuenta el impacto que estos bienes globales ejercen sobre las poblaciones, es imprescindible que la comunidad y los distintos actores, en este caso enfermería -sociedad civil y gobiernos- se activen, porque como lo planteaba, Pier Paolo Balladelli, durante una conferencia en la Universidad Nacional de Santiago del Estero en 2015 "¿Los bienes globales de la salud son de nuestra responsabilidad?", y se debe construir "entre todos" la salud global para lograr una mejor calidad de vida de toda la población. "Siempre pensamos que la salud global es una tarea para grandes naciones y no nos damos cuenta de que los primeros actores somos nosotros, los que vivimos en los niveles provinciales y nacionales".

De otra parte en Colombia, las reformas del Estado, la Constitución Política de Colombia de 1991, los cambios en el sector de la salud, la ley Estatutaria en Salud, (1751 de 2015), que consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección, norma que involucra de manera explícita el concepto de salud incluye: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de la enfermedad, concepto que se hace evidente desde el abordaje que realiza la Política de Atención Integral en Salud, y se operativiza desde el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), con el propósito de lograr los mejores resultados en salud, buscando dar respuestas concretas a las prioridades identificadas, mediante una atención de calidad centrada en las personas, familia y comunidades y que se operativiza a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios integrados a un esquema de acompañamiento permanente por parte del Ministerio de Salud.

En ambos esquemas tanto en el Modelo, como en las políticas hay tres elementos del presente encuentro que convergen y hacen sinergia de forma permanente: el cuidado paliativo como parte de la definición en salud, la salud mental desde la Política Nacional de Salud Mental (Res 4886 de 2018), que hace un especial énfasis en priorizar grupos de riesgo, en salud mental con especial atención en depresión. Y de otra parte los cuidados culturales, desde el principio de diversidad étnica, cultural y territorial por parte de todos los actores del sistema, concita y reclama la atención de la academia, como ente formador del talento humano en salud.

Estas tendencias y retos en la formación del profesional determinan la responsabilidad del profesional en enfermería para promover y cuidar la salud, relacionada con el derecho fundamental a la salud reconocido como uno de los derechos humanos básicos de cada persona, que desde Enfermería se puede contribuir a mejorar no solo las condiciones de la salud, sino también las condiciones de igualdad de género y acceso y calidad de vida de las personas.



JUSTIFICACION

Propósito del panel

Hacer frente a los formidables desafíos que para los profesionales de enfermería, implica generar una transformación profunda en la labor de la enfermería, que requiere incrementar los esfuerzos de los profesionales de todo el mundo en los sistemas de salud existentes.

Dentro de los principios básicos necesarios para generar esta dinámica transformadora en función de las necesidades de la disciplina; se encuentran; la participación, la deliberación, la visibilización y la capacidad de convocatoria que enfermería tenga en su comunidad, entidad, región o grupo de trabajo.

Se examinará aquí que uno de los problemas importantes que deben ser abordados por la disciplina, se relaciona con las “DIMENSIONES DEL CUIDADO FRENTE A LOS DESAFÍOS DE LA PRÁCTICA”.

Objetivo de las preguntas orientadoras

El presente panel de expertos contribuirá a comprender, cómo el cuidado; siendo un servicio valioso para generar una transformación profunda de la atención en salud, representa en muchas oportunidades grandes desafíos que deben ser reconocidos por todos, en este caso la academia busca , desde las temáticas planteadas: (SALUD MENTAL, CUIDADOS PALIATIVOS, CUIDADOS INTERCULTURALES Y SALUD GLOBAL), suscitar la reflexión y comprensión de la forma como se deben incorporar estos elementos en las acciones que desde la profesión se desarrollan.

PREGUNTAS

¿Cómo cuidar al ser humano, de una manera sensible y congruente, frente a los desafíos de la práctica, que involucren una perspectiva comprensiva, hacia las personas a quienes se cuida en condiciones especiales, como lo es el cuidado cultural, la paliación en un contexto de salud global?, y

¿Cómo lograr a partir de estos desafíos, involucrar elementos que permitan agregar valor a los procesos de cuidado, en la profesión de enfermería?

El panel de expertos de 2019 estuvo conformado por un selecto grupo de investigadores, quienes participaron de manera muy activa en la propuesta del presente año (ver tabla 1):

2019 VII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE CUIDADO - II ENCUENTRO REGIONAL DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUIDADO DE ENFERMERÍA

Panel de Expertos

Dimensiones del cuidado, frente a los desafíos de la práctica

Doctora Fabiana Bolela de Souza
Profesor Doctor Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto- Brasil

Doctora Esperança Gago Alves Pereira
Professora Coordenadora Escola Superior de Enfermagem Universidade do Minho, Braga-Portugal.

Doctora Aracely Díaz Oviedo
Profesora investigadora Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

Doctora Myrna Mc Laughlin
Asesora Despacho Superior Ministerio de Salud de Panamá
Asesora del Centro Colaborador de la OPS en Cuidados Paliativos.

Doctora Lydia Gordón de Isaacs
Profesor Titular Universidad de Panamá.
Coordinadora Doctorado de Enfermería Universidad de Panamá

Edelmira Antonia Pineda de Osegueda
Coordinadora de Proyectos Instituto Especializado de Profesionales de la Salud (IEPROES)
Secretaria General de la Asociación Latinoamericana de Facultades de Enfermería (ALADEFE)

Doctor en Bioética, Miguel Antonio Sánchez-Cárdenas
Docente Asociado, Universidad El Bosque.

Magister María del Pilar Ureña Molina
Docente Universidad Francisco de Paula Santander- Estudiante de Doctorado Universidad de Panamá.

Magister Nohora Ortega Cadena
Docente Universidad Mariana de Pasto

Moderador Gloria Omaira Bautista Espinel
Enfermeras Especialista en Gestión Aplicada en Servicios de Salud, Esp. Gerencia en Servicios de Salud, Esp. Práctica Pedagógica Universitaria, Mgsc en Dirección de Proyectos, Doctora en Bioética.

Las reflexiones realizadas por parte de los invitados internacionales, y nacionales, reflejan las tendencias disciplinares, para ello la estrategia del expertos en el presente evento de carácter científico, organizados el grupos de Investigación GICE, obedece a la siguiente estructura:

En el año 2019, el panel de expertos adelantado por el programa plateó los elementos relacionados con el tema: Dimensiones del cuidado, frente a los desafíos de la práctica. Los resultados recopilados de este ejercicio han permitido entre otras cosas reorientar el horizonte estratégico del programa (misión y visión), entre otros aspectos se han tenido en cuenta recomendaciones y sugerencias sobre elementos de tendencia que han sido considerados en los ajustes al PEP, (se incluyó el cuidado paliativo, la interculturalidad y los aspectos relacionados con la salud global).

Se ha venido trabajando desde diversas aproximaciones y actividades de apropiación social del conocimiento el cuidado cultural mediante el primer encuentro intercultural con la población étnica del departamento. Otras actividades de proyección social con población étnica migrante, incluido el enfoque de globalización se está trabajando con los grupos de investigación, mediante el desarrollo de actividades de investigativas con población migrante en proyectos cofinanciados.

Tabla 2: Consensos del panel de expertos 2019

NOMBRE	EJE DE TENDENCIA	PLANTEAMIENTO	CONSENSO FINAL
Fabiana Bolela de Souza - Brasil	El cuidado paliativo y la preparación del enfermero	1. Preparación Emocional / 2. Incluir en el pregrado /3. Participar activamente en la formulación de Políticas /4. El cuidado paliativo debe ser reflexivo. / 5. Flexibilidad de la atención / 6. Humanizar el cuidado.	1.1 El enfermero debe prepararse para interactuar en el contexto de este cuidado / 2.1 En Brasil hay ausencia de preparación en cuidado paliativo en el pregrado. / 3.1 La participación política en la formulación de políticas como eje importante en la formulación de políticas de salud /4.1 Necesidades inherentes de los pacientes deben ser compatibles con los requerimientos de la familia y usuarios, teniendo en cuenta los momentos críticos por los que atraviesa familia y paciente./ 5.1.Generar espacios de escucha que permita a la familia de expresión de sentimientos, lo cual genera mayor sensibilidad en el personal.

<p>Esperança Gago Alves Pereira. - Portugal</p>	<p>El cuidado en el Contexto de Salud Global</p>	<p>1.Hay supuestos en la profesión de enfermería. / 2. La enfermería competente. /3. Los valores y principios generales. /4. El deber de la comunidad.</p>	<p>1.1 la profesión con los conocimientos científicos y técnicos adecuados, respetando la vida, la dignidad humana y la salud y el bienestar de la población, adoptando todas las medidas encaminadas a mejorar la calidad de la atención y los servicios de enfermería. /2.1 cumplir y garantizar la legislación relativa al ejercicio de la profesión / 3.1Las intervenciones de enfermería se llevan a cabo con la preocupación de la defensa de la libertad y la dignidad de la persona humana y la enfermera- / 4.1 la libertad de responsabilidad, con capacidad de elección, teniendo en cuenta el bien común.</p>
<p>Aracely Díaz Oviedo- México</p>	<p>La salud global trasciende los gobiernos y territorios</p>	<p>1. Ejes y países / 2. Los determinantes. / 3. Los sistemas de salud / 4. Derecho a la salud global. 5. Características del Cuidado como arte y ciencia</p>	<p>1.1 Trasciende los gobiernos y territorios./ 2.1 Tiene que ver con los cuidados al final y comienzo de la vida./ 3.1 Con Políticas no propias que son adoptadas y retomadas de otros países/ 4.1 Formas de llevar el cuidado a toda la población, sin diferencias que obstruyan los conceptos e ideales de bienestar /5.1 Si no tenemos claro que enfermería es arte y ciencia en el mundo globalizado, ¿Cuidar para qué?</p>
<p>Myrna Mc Laughlin- Panamá</p>	<p>Los retos para abordar la calidad de vida en el cuidado paliativo</p>	<p>1. Control de síntomas en etapas tempranas / 2. Ampliar el rol del cuidador en el contexto. / 3.La Humanización de la atención/ 4. Competencias Blandas en enfermería / 5.Estrategias de comunicación de alto nivel</p>	<p>1.1 Es un derecho que permite atender la calidad de vida del paciente/ 2.1 El concepto ha variado según el contexto e implica lazos afectivos más allá de lo legal / 3.1 No debe verse de manera aislada, se requiere de un acompañamiento humanístico que genere impacto en el proceso / 4.1 Competencias Etic y Emic, para fortalecer los contextos espirituales, emocionales y relacionales. 5.1 El grupo de atención de cuidado paliativo debe estar en el continuum de la atención en salud del cuidado por parte de enfermería</p>
<p>Lydia Gordón de Isaacs- Panamá</p>	<p>Los modelos culturales en salud promueven el enfoque intercultural</p>	<p>1. Principios de cuidado cultural. / 2. Necesidad de trabajo multiprocesos/ 3.Necesidad de que se cuiden a todos y que se cuiden bien. /4. Lo que hemos aprendido del cuidado intercultural</p>	<p>1.1 Desde la profesión comprende los aspectos humanos de los enfermeros. / 2.1 Y multidisciplinario en pequeñas poblaciones. / 4.1 Como se vincula el cuidar de manera sensible y con congruencia / 5.1 No hay fórmulas uno de los retos es apropiar adecuadamente lo que hemos aprendido del cuidado ante un contexto multicultural y cambiante</p>

<p>Edelmira Antonia Pineda de Osegueda- El salvador</p>	<p>La salud global trabajar y fortalecer las redes y la enseñanza global</p>	<p>1. Enfermeros competentes / 2. El reto de enseñar desde el conocimiento. / 3. El idioma/ 4. Las Habilidades. 5. El trabajo colaborativo en redes</p>	<p>1.1 Competencias específicas y básicas comunes a los programas de salud a nivel internacional/ 2.1 Implica más que conocer la enfermedad, es enfrentar el desafío de estar sano y lo que este representa / 3.1 Las habilidades idiomáticas es un reto que amerita estrategias para poder interactuar en contextos globales / 4.1 La búsqueda del conocimiento, la autodidáctica, el mantener el conocimiento vigente, /5.1 Aprovechar las oportunidades de participar en redes internacionales, amplía el paradigma y descubre la frontera del conocimiento</p>
<p>Miguel Antonio Sánchez-Cárdenas - Colombia</p>	<p>El cuidado Paliativo el énfasis es el paciente y el profesional de enfermería en actitud de apoyo</p>	<p>1. Sensación de adversidad para el paciente/ 2. Los cuidados paliativos y los desafíos desde la Bioética. / 3. El marco legal genera crisis en el cuidado Humano / 4. Transitar por un modelo de atención centrado en la familia</p>	<p>1.1 Apoyar de forma adecuada al paciente en los procesos de transición en la atención/ 2.1 El desarrollo de los procesos de atención implica dar autonomía y flexibilización de los cuidados / 3.1 Implica el adecuado manejo de la declinación funcional en pacientes con signos francos de agonía / 4.1 El cuidado debe trascender desde lo institucional, lo político y económico del sistema para lograr un cuidado sensible</p>
<p>María del Pilar Ureña Molina- Colombia</p>	<p>Máximo desarrollo histórico de la enfermería en el marco de la salud global</p>	<p>1. La ciencia/ 2. La pertinencia. / 3. La migración / 4. Las tendencias de la práctica.</p>	<p>1.1 Carácter científico del conocimiento responde de manera crítica los desafíos de la salud/ 2.1 Atención en salud acorde con las políticas de desarrollo global que tienen desafíos a 2030 / 3.1 El abandono en salud que sufre la población migrante requiere un enfoque humanizado / 4.1 La enfermería en práctica avanzada, la enfermería basada en la evidencia que busca transferir el conocimiento para brindar atención</p>
<p>Nohora Ortega Cadena</p>	<p>¿La enfermería en Colombia está preparada para el cuidado intercultural?</p>	<p>1. Ampliar el contexto donde enfermería se desempeña/ 2. El eje transversal de APS. / 3. EL SISPI y su implementación / 4. Volver a los orígenes / 5. Cuidado de enfermería de calidad debe incluir lo intercultural</p>	<p>1.1 Un mundo con diversas tendencias que requiere planes de cuidado que enfrente estos desafíos ante enfoque difíciles/ 2.1 Medida facultativa, donde No se reconoce la interculturalidad / 3.1 Defiende prácticas milenarias y sus costumbres / 4.1 Nightingale vio a la enfermera como elemento esencial de la salud pública - Enfermería debe recuperar su humanidad como profesión humana./ 5.1 La docencia debe desarrollar esta competencia y actualizar al personal de enfermería porque el trabajo es interdisciplinario</p>

Fuente: Respuestas panelistas registradas moderador del evento Gloria Bautista Espinel, 2019.

En términos generales los anteriores análisis con la participación de expertos permitieron identificar orientaciones importantes para fortalecer el desarrollo del currículo en el programa de enfermería, algunos de los elementos se incorporaron a los micro currículos de asignaturas disciplinares, como, el cuidado cultural y la salud global, de los cuales se han desarrollado en proyectos de investigación y extensión.

Se destaca que, en el año 2019, los expertos del encuentro internacional de cuidado consideraron importante, el tema del cuidado paliativo en la maya curricular de pregrado y posgrado como una opción dentro de los énfasis que se pueda dar en materia de educación pos gradual.

De otra parte sobre las reflexiones realizadas se derivaron algunos puntos de deliberación, que dieron origen a nuevos elementos que el programa de enfermería, ha venido trabajando estos se describen, los resultados recopilados de este ejercicio han permitido entre otras cosas reorientar el horizonte estratégico del programa (misión y visión) se han tenido en cuenta recomendaciones y sugerencias sobre elementos de tendencia que han sido considerados en los ajustes al PEP, (se incluyó el cuidado paliativo, la interculturalidad y los aspectos relacionados con la salud global).

Se ha venido trabajando desde diversas aproximaciones y actividades de apropiación social del conocimiento el cuidado cultural mediante el primer encuentro intercultural con la población étnica del departamento. Otras actividades de proyección social con población étnica migrante, incluido el enfoque de globalización se está trabajando con los grupos de investigación, mediante el desarrollo de actividades de investigativas con población migrante en proyectos cofinanciados. Lo anterior permite ejemplarizar la importancia e impacto que estas actividades, tienen en los procesos académicos del programa, que nutren la investigación, en el grupo GICE.

PROMOCIÓN INTERNACIONAL DE LA SALUD CULTURALMENTE COMPETENTE: EXPERIENCIA PANAMÁ

Dra. Lydia Gordón de Isaacs

INTERCULTURALIDAD: ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

Antecedentes:

- En la década de los sesenta, la Dra. Madeleine Leininger identificó la necesidad de la Enfermería Transcultural en un mundo cada día más globalizado. Los supuestos de su teoría se han validado por más de cinco décadas.
- La teoría del cuidado cultural une los conceptos: Cuidado de Enfermería y Cultura para crear un nuevo concepto: el cuidado cultural
- La meta de la teoría: Brindar cuidados de enfermería de calidad, es decir cuidados culturalmente congruentes. Creó el campo de la enfermería transcultural.

Conceptos:

- **Cuidado de enfermería:** Es el foco central de la profesión. Se refiere a acciones, actitudes y prácticas de Enfermería para asistir y ayudar a las personas a promocionar su salud, prevenir los factores de riesgo, restaurar la salud, rehabilitar la discapacidad o para morir con dignidad, además para lograr su bienestar y calidad de vida. Es el cuidado ético o profesional.
- **Cultura:** Valores, creencias, normas y modos de vida de un grupo cultural
- **Cuidado cultural:** Es el cuidado tradicional que tiene cada grupo cultural para mantener su salud, y para sentirse bien. Es el “cuidado emic” propio de cada grupo de acuerdo a sus creencias y valores. Debe ser parte integral del cuidado de enfermería.

La meta de la teoría

- No se puede hablar de cuidados de enfermería de calidad, o de cuidados humanizados, si los cuidados no incluyen la dimensión cultural del paciente, es decir, los cuidados de enfermería deben ser culturalmente congruentes.
- Pero....cómo son los cuidados de enfermería culturalmente congruentes?
- Qué atributos debe tener la enfermera que tiene competencia cultural?
- Campinha Bacote(2002), clarifica el concepto “competencia cultural”.
- Se refiere a los atributos que debe tener la enfermera para brindar cuidados culturalmente congruentes.



Estudio de métodos mixtos

Se determina que existe la necesidad de construir científicamente instrumentos de valoración de la competencia cultural en español. Se propone un estudio con métodos mixtos en 2016, con un diseño exploratorio secuencial (Creswell, 2015), con el propósito de construir un instrumento en Español para medir la competencia cultural de profesionales de Enfermería.

Primera etapa

Este año (2019), finalizamos primera etapa cualitativa, donde se utilizó la técnica de Walker y Avant (2005) para analizar las publicaciones científicas con el tema de competencia cultural desde 2002 hasta 2012, con el propósito de identificar los atributos o dimensiones de la competencia cultural. Se concluye: Conocimiento, habilidades y destrezas (valoración cultural), disposición y consciencia cultural.

Definición de Competencia Cultural

La competencia cultural se refiere a la capacidad de las y los profesionales de enfermería de identificar, describir interpretar y atender las necesidades culturales relacionadas a la salud y al bienestar, de las personas a quienes brindan cuidados de enfermería (Gordón de Isaacs, 2019). Para ello debe tener: conocimiento cultural, destreza cultural, consciencia cultural y disposición cultural.

Las habilidades y destrezas de valoración cultural

- Permiten determinar las necesidades culturales de los pacientes.
- Permiten establecer los diagnósticos de enfermería con congruencia cultural
- Permiten elaborar planes de cuidados de Enfermería con congruencia cultural.
- Permiten elaborar programas educativos con congruencia cultural.
- Existen una variedad de instrumentos y técnicas para la valoración de la cultura y del cuidado cultural en Inglés. Se construye una guía en español (Gordón de Isaacs,2014;2019), para la aplicación del facilitador Sol Naciente de Leininger (1991).

La consciencia cultural

- Reconocer los sesgos culturales propios y trabajar en ellos.
- Reconocer que su paciente es de otra cultura, por lo tanto, tiene patrones y creencias culturales diferentes a las suyas. Esto es importante para no caer en lo que Leininger(1991), llama imposición cultural. (AETPA ofrece dos capacitaciones anuales: una para las socias y otra internacional en Julio. Este año realizamos la VII Conferencia Internacional.

La disposición cultural.

- Son las estrategias que aplica la enfermera(o), para acercarse a las personas de diferentes culturas, para comunicarse efectivamente, para trabajar en grupos con diversidad cultural. Es tener voluntad, el deseo de atender a las personas que son culturalmente diferentes (Propuesta de realizar prácticas comunitarias en grupos con diversidad cultural).
- “Es también reconocer que el mundo se ha convertido en una aldea global, donde nos comunicamos al instante, donde las migraciones entre los diferentes países son cada día más numerosas, donde los grupos vulnerables aumentan y reconocer que estos fenómenos tienen un gran impacto en la salud”.

CONCLUSIONES

- La promoción de la salud en el mundo actual, donde la globalización ha traído el incremento de poblaciones y también de proveedores de la salud que son diversos culturalmente, donde los ambientes geográficos y sociales han cambiado por la tecnología y la interconectividad, donde los conflictos globales con sus consecuentes desplazamientos de poblaciones han aumentado las inequidades en salud en los países y entre los países, resulta ser una función de Enfermería compleja.
- Hablar de la promoción de la salud en el momento actual, requiere de un entendimiento profundo de los mecanismos por medio de los cuales las desventajas sociales crean inequidades en salud.
- La competencia cultural de los profesionales de la salud es fundamental para lograr el entendimiento de los factores sociales que afectan la salud de las personas, comunidades y poblaciones, limitando el acceso a los servicios de salud y a otros recursos y privilegios sociales. Por otra parte, es necesario entender que la promoción de la salud es una función esencial de Enfermería, especialmente en atención primaria.
- La promoción de la salud con congruencia cultural, bien entendida y planificada, puede ser la estrategia que empodere el liderazgo de Enfermería.
- Finalmente señalamos que los determinantes sociales de la salud están relacionados de diferentes maneras a la cultura, sobre todo si reconocemos, tal como señala la OMS(2015), que son las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. En otras palabras, estas condiciones se dan en el contexto cultural de las personas. Por otro lado, los determinantes sociales se refieren también a los sistemas que entran en juego para lidiar con las alteraciones de la salud.

REDES INTERNACIONALES DE ENFERMERÍA DE LAS AMÉRICAS: TRABAJO COLABORATIVO PARA EL LOGRO DE LAS COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

Edelmira Antonia de Osegueda*

*Coordinadora de Proyectos del Instituto Especializado de Profesionales de Enfermería de El Salvador, Secretaria de Producción Científico de RED-ENSI, Coordinadora RED-ENSI-El Salvador, Secretaria de ALADEFE

RED: Una estrategia de integración que vincula, la articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes

QUÉ SON LAS REDES

- Campo social constituido por relaciones entre personas con una corriente permanente de intercambio recíproco (Antropología)
- Organización social que armoniza actores autónomos quienes voluntariamente, intercambian información, bienes/servicios para lograr un resultado compartido. (Messner, 1999:95)
- Proceso mediante el cual dos o más organizaciones o individuos colaboran para lograr un propósito común.

REQUISITOS

- Tener objetivos o finalidades en común entre las partes.
- Mantener la identidad de las parte
- Decidir la incorporación en forma voluntaria, no coercitiva.
- Aceptar la articulación y el vínculo como un mecanismo potenciador para el logro de los objetivos y para el autodesarrollo.
- Estar dispuestos a compartir y difundir información y conocimientos.
- Reconocer el valor de la interdisciplina para la explicación y resolución de los problemas.
- Valorar la participación y el rol dinámico de los miembros.
- Reconocer las fortalezas, potencialidades, debilidades y carencias propias y de las otras partes, sean éstas permanentes o transitorias

PERFIL DE LAS REDES

- Convergencia de fines
- Independencia
- Interdependencia
- Horizontalidad e informalidad
- Intercambio y aprendizaje
- Producción colaborativa
- Desarrollo de capacidades



VALORES

- El trabajo en red supone solidaridad, confianza y respeto intercultural por los conocimientos y experiencias como valores valiosos para la salud
- La excelencia y responsabilidad en la participación constituyen imperativos éticos cuando se trata del trabajo en salud
- El cuidado humano es esencial para la vida plena de las personas y las sociedades
- La contribución de las enfermeras es imprescindible para la salud y el desarrollo sostenible de las naciones

FINES

- Facilitar la contribución al conocimiento en Salud:
 - *La equidad en el acceso a los servicios de salud*
 - *Contribución de los Objetivos de Desarrollo sostenible*
 - *Prioridades Nacionales de Salud*
 - *La Renovación de la APS*
 - *Contribucion al acceso y derecho ala salud*
- Promover el desarrollo del conocimiento y la información en salud para informar las políticas
- Colaborar con la OPS/OMS en los programas de cooperación técnica en salud .

IMPORTANCIA

- Utilización de tecnologías de comunicación e información para comunicar y difundir de forma rápida y activa las acciones realizadas por cada una de las Redes en los diferentes países
- Favorecen el desarrollo de sinergias. Los actores logran cumplir objetivos que difícilmente se puedenb alcanzar de manera aislada.
- Dan espacio a ideas nuevas y soluciones innovadoras

ASPECTOS A REFLEXIONAR

- La comunicación establece uno de los principales pilares de una red, ya que es la forma de intercambiar información, experiencias e ideas entre un grupo de profesionales afines a un mismo objetivo o propósito.
- No se puede imaginar una red si no existe una buena comunicación entre sus miembros. Esta puede ser incluso uno de los indicadores de su éxito.

REDES DE ENFERMERIA

Constituyen una estrategia de comunicación, vinculación, cooperación y sinergia entre personas, instituciones, organizaciones y programas interesados en el desarrollo de los cuidados, la gestión, la investigación, la información y la educación en enfermería en áreas focalizadas pensamiento y acción.

En los últimos años las profesionales de enfermería han comenzado a conformar redes y comunidades científicas de enfermería en las Américas ,facilitadas por los recursos informáticos y de comunicación

RED INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD INFANTIL - RED ENSI

Países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, España, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Portugal, Perú, Uruguay, Venezuela.

Desarrollos: Enseñanza de la Salud Infantil en las Escuelas y Facultades de Enfermería de América Latina, Manual Clínico para el aprendizaje de AIEPI en Enfermería, Curso virtual AIEPI para enfermeras, Talleres de enseñanza de AIEPI y vigilancia del desarrollo, Investigación multi-céntrica: enseñanza de AIEPI e impacto del uso del manual AIEPI, video y canción ALEX, presentada en COIMBRA, Portugal

RED INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MATERNO-NEONATAL - RED SAMANEO

Contribuir a la disminución de la morbi mortalidad materno neonatal, y mejorar la calidad de atención a través de enfermería

Países: Brasil, El Salvador, Perú, Uruguay, Cuba, Argentina, Nicaragua y Honduras, México, Costa Rica, Colombia, Venezuela.

Proyectos:

- Formación de la Red Internacional y de 9 Redes Departamentales en Bolivia.
- Talleres de capacitación
- Elaboración de documentos
- Intercambio de experiencias y estudios relacionados a la atención materno neonatal con expertas

RED DE ENFERMERÍA Y SALUD DEL ADULTO MAYOR – REDESAM

Promover el buen cuidado de enfermería a los adultos mayores

Proyectos principales

- Enseñanza e investigación del cuidado y producción bibliográfica
- Creación de Redes ESAM Nacionales
- Intercambio investigativo y educativo

Países

Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica, Ecuador, España, Mexico, Panamá, Perú, Portugal, Uruguay, Suecia, USA, Venezuela.

RED INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL - RIENSAME

Repensando el cuidado de la salud mental de los pueblos

Logros:

- Revisión y adecuaciones curriculares, con la inclusión de la salud mental
- Construcción de lineamientos para la educación.
- Construcción de Atlas Internacional de enfermería en salud mental.
- Participación y cooperación en libros de salud mental.

Países: Puerto Rico, Argentina, Brasil, España, Perú, Ecuador, Colombia, Uruguay, Venezuela, Chile, Estados Unidos, Panamá

Desarrollos: Enseñanza de la Salud Infantil en las Escuelas y Facultades de Enfermería de América Latina, Manual Clínico para el aprendizaje de AIEPI en Enfermería, Curso virtual AIEPI para enfermeras, Talleres de enseñanza de AIEPI y vigilancia del desarrollo, Investigación multi-céntrica: enseñanza de AIEPI e impacto del uso del manual AIEPI, video y canción ALEX, presentada en COIMBRA, Portugal

RED INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MATERNO-NEONATAL - RED SAMANEO

Contribuir a la disminución de la morbi mortalidad materno neonatal, y mejorar la calidad de atención a través de enfermería

Países: Brasil, El Salvador, Perú, Uruguay, Cuba, Argentina, Nicaragua y Honduras, México, Costa Rica, Colombia, Venezuela.

Proyectos:

- Formación de la Red Internacional y de 9 Redes Departamentales en Bolivia.
- Talleres de capacitación
- Elaboración de documentos
- Intercambio de experiencias y estudios relacionados a la atención materno neonatal con expertas

RED DE ENFERMERÍA Y SALUD DEL ADULTO MAYOR – REDESAM

Promover el buen cuidado de enfermería a los adultos mayores

Proyectos principales

- Enseñanza e investigación del cuidado y producción bibliográfica
- Creación de Redes ESAM Nacionales
- Intercambio investigativo y educativo

Países

Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica, Ecuador, España, Mexico, Panamá, Perú, Portugal, Uruguay, Suecia, USA, Venezuela.

RED INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL - RIENSAME

Repensando el cuidado de la salud mental de los pueblos

Logros:

- Revisión y adecuaciones curriculares, con la inclusión de la salud mental
- Construcción de lineamientos para la educación.
- Construcción de Atlas Internacional de enfermería en salud mental.
- Participación y cooperación en libros de salud mental.

Países: Puerto Rico, Argentina, Brasil, España, Perú, Ecuador, Colombia, Uruguay, Venezuela, Chile, Estados Unidos, Panamá

RED DE ENFERMERÍA Y VIH DE LAS AMÉRICAS

Enfermería comprometida con los ODMs trabaja en redes para dar cuidado de calidad en VIH/Sida.

Compromisos de la red

- Compartir: información, conocimientos y experiencias. Problemas, intereses y prioridades comunes relativas a la práctica, gestión, investigación, proyección social y educación. Metodologías y recursos tecnológicos destinados a las actividades de cuidado, gestión, enseñanza, investigación, información y cooperación técnica relacionadas a la Enfermería en VIH/SIDA.
- Generar alternativas de solución.
- Planeación y gestión educativa

Países: Argentina, USA, Chile, Uruguay, Bolivia, Venezuela, Brasil, Colombia, México, Perú, Ecuador, El Salvador, Panamá, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Cuba, República Dominicana.

RED LATINOAMERICANA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA - RED LEO

Por la excelencia en el cuidado de enfermería a personas con cáncer

- Asegurar la máxima calidad del cuidado de enfermería a las personas con cáncer y/o en riesgo de desarrollarlo
- Garantizar la seguridad de las personas que reciben el cuidado de enfermería
- Asegurar la protección ocupacional integral del personal de enfermería en el ejercicio de esta especialidad.

RED INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES - REEDA

Proyectos

- Enseñanza e investigación del cuidado en los ejes temáticos: emergencia pre hospitalaria, emergencia hospitalaria y manejo de gestión de riesgo y desastre
- Creación de Redes REEDA Nacionales
- Intercambio de experiencias nacionales e internacionales en el manejo de los desastres
- Elaboración de guías de enfermería en emergencia basado en la evidencia científica

Países: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, España, México, Panamá, Perú, Uruguay, Venezuela y Canadá

RED INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS – RED REINECC

Proyectos:

Logo de la Red

Página web, con boletín bimensual y recursos que se incorporan y actualizan mensualmente

Investigaciones multicéntricas

Protocolos de atención de enfermería

Manual de orientación para el ingreso a UTI

RED IBEROAMERICANA DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

Objetivo: Servir como herramienta de comunicación entre sus miembros y con otras instituciones, organización y personas interesadas en el tema de historia de la enfermería

Países con redes nacionales: Colombia, España, Brasil, México, Chile

Cobertura universal en salud y las redes de Enfermería

- Las redes son una estrategia de vinculación, coordinación y compartir de conocimientos de la importancia al acceso a la salud, los derechos de salud a las personas y empoderamiento de los profesionales de enfermería en su rol protagónico en la promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.
- Las redes pueden sobrepasar las fronteras de las organizaciones, las profesiones, las disciplinas y los países.
- Su inserción en las estrategias de trabajo en salud fortalece el desarrollo de la profesión y el intercambio interprofesional de sus miembros.

Es importante reflexionar que en los inicios de una red se puede tener la impresión de que esta no funciona debido a que existe poca comunicación.

No obstante, esto es parte del ciclo natural de una red, ya que en el trabajo de las redes se deben vencer varios obstáculos.

Uno de ellos es que sus miembros rompan el mito de que quien tiene la información tiene el poder y adquiera una nueva cultura de “dar y recibir”, de compartir experiencias y de escribir o hablar sin temor de ser criticados.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN ESTUDIANTES DEL PROGRAMA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO

Gloria Patricia Cerón-Bastidas*

Martha Isabel Urdanivia-Alviz**

Margarita Chaves-Cerón***

*Enfermera, Magister en salud pública, candidata a doctora en Ciencias de la educación, Especialista. Universidad de Nariño, gloriapatricia.ceron@gmail.com. orcid.org/000-0002-6791-5737

**Enfermera, Magister en enfermería, Magister en etnoliteratura, Especialista. Universidad de Nariño. E-mail miurdaniv@gmail.com. orcid.org/0000-0003-2225-6499

***Psicóloga, Magister en Docencia, Especialista, Universidad de Nariño. E-mail maggychaves@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El conocimiento relacionado con la valoración del autocuidado en estudiantes, constituye un valioso aporte a procesos de calidad integral en la formación académica, al permitir apreciar la adopción de prácticas saludables promulgadas en el discurso académico de su campo disciplinar. **Objetivo:** Identificar prácticas de autocuidado en estudiantes del Programa Promoción de la Salud. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo de fuente primaria en el cual se aplicó una encuesta virtual a 118 estudiantes matriculados en el programa Promoción de la Salud que voluntariamente participaron en el estudio. Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias de tipo unidimensional, de acuerdo a cada uno de los aspectos valorados. **Resultados:** La mayoría de estudiantes encuestados (46%) tuvieron prácticas saludables con altos niveles de autocuidado y son capaces de manifestar asertivamente el afecto. 47% camina por más de 30 minutos con alta frecuencia y el 53% consume frutas y verduras a un nivel adecuado. En cuanto al sueño y manejo de estrés el 57% considera que pudieron dormir y descansar adecuadamente y aunque 49% se sintió casi siempre contento con las actividades que realiza, un 26% reveló que casi siempre sintió enfado y agresividad al hacerlas. **Conclusión:** El estudio indicó que los estudiantes tuvieron acciones de autocuidado frecuentes, pero se requiere fortalecer habilidades para la vida con énfasis en el manejo de emociones y fomentar actividad física y deportiva.

Palabras clave: Prácticas de autocuidado, Estudiantes, Promoción de la Salud, Habilidades para la vida

INTRODUCCIÓN

Una educación de calidad debe ser capaz de dar respuesta a necesidades del contexto por ende debe considerara que esta “pretende empoderar al estudiante, formar y motivar en él un pensamiento crítico y reflexivo con el uso creativo de técnicas pedagógicas que generen pertinencia y relevancia dentro del contexto educativo que vivencia” (1). Ello se traduce en generar propuestas pertinentes que impulsen la apropiación del conocimiento, el pensamiento crítico y la integridad de los procesos curriculares. Desde esta perspectiva de integralidad educativa, el programa Promoción de la Salud de la Universidad de Nariño, propuso desarrollar un estudio piloto orientado a fortalecer la permanenciade sus estudiantes para lo cual identificó las prácticas de autocuidado que ellos realizan, por la asociación entre estas, el estilo de vida y la percepción de calidad de vida y bienestar.



Las prácticas de autocuidado son la evidencia de los estilos de vida y, por ende, están relacionadas con el entorno cultural en que se desarrolla el individuo y la adopción de costumbres. Ellas incluyen la alimentación acorde a las necesidades individuales, manejo del estrés, relaciones sociales y resolución de problemas interpersonales, ejercicio y actividad física, diálogo, control y reducción de uso de drogas, autocuidado en procesos mórbidos, entre otros (2). Los estilos de vida, concepto sujeto a diversas interpretaciones, es considerado como una construcción del individuo moldeada por la familia, la educación y la sociedad, pero también es influenciado por la vivienda, urbanismo, posesión de bienes, relación con el entorno y las relaciones interpersonales. De hecho, para Orem (3) autocuidarse implica la realización hacia uno mismo, el entorno u otros, de conductas aprendidas y orientadas hacia un objetivo que sea beneficioso para la vida, el bienestar o la salud. El modo de vida involucra un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares” (4) por tanto algunas de estas decisiones son susceptibles de ser modificadas. Se construye en la cotidianidad de cada sujeto y en este caso, el entorno socioeducativo se convierte en un escenario idóneo para potencializar desde criterios de autocuidado, que motiven la adopción de prácticas saludables, acorde a lo propuesto por el movimiento mundial de Universidades Saludables. Se reconoce “que las universidades tienen una fuerza potencial para influir positivamente en la vida y la salud de sus miembros. Son instituciones en donde las personas pasan una parte importante de sus vidas y pueden incidir en la formación de sus estilos de vida, llevándolos a ser personas autónomas, reflexivas, críticas, con responsabilidad frente a sí mismos y ante los demás; además los universitarios lideran innovaciones y tienen un rol modélico en la sociedad” (5) .

El autocuidado tiene que ver con las acciones que el individuo realiza en pro de cuidar y mejorar su salud, mantenerla o ser capaz de no agravar condiciones existentes, en su humanidad o en el entorno, tanto en su calidad de ser individual, como en el núcleo familiar e inclusive, comunitario.

En consecuencia, la valoración de las prácticas de autocuidado en estudiantes que pertenecen al área de la salud, tiene una profunda relevancia a nivel curricular, porque implica un punto de reflexión sobre el grado de apropiación que pueden tener los discursos académicos en el ejercicio diario de las prácticas individuales y en la identificación de recursos o barreras que impiden su adopción en un área de formación, en la que se esperaría con más razón que quienes la ejerzan, actúen de forma pertinente y coherente a las procesos que intentan impulsar en las comunidades con las cuales interactúan. Es decir, el beneficio auto percibido de su práctica de autocuidado, es en sí mismo un valioso insumo de apoyo para motivar su réplica en la sociedad a la cual aportarán su conocimiento. Por lo anterior, las prácticas de autocuidado se convierten en la base de la adopción de estilos de vida saludables y por tanto en hábitos y comportamientos que contribuyen al bienestar individual, familiar y comunitario, elementos que fundamentan el quehacer de la formación de los tecnólogos en promoción de la salud en el marco de la identificación y análisis de los determinantes sociales de la salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó inicialmente, un estudio piloto de tipo descriptivo cuantitativo de fuente primaria, invitando al 100% de estudiantes matriculados y aplicando una encuesta virtual al 88% (118) de ellos quienes voluntariamente participaron en él, para luego hacer del PAPE, un ejercicio en la actividad cotidiana docente. Para la elaboración de la encuesta se adaptó el cuestionario denominado ¿Tienes un Estilo de Vida Fantástico?” promulgado y validado por el Ministerio de Salud de Chile, en consideración que éste maneja las temáticas de autocuidado que se querían verificar en el estudio, descartándose las preguntas que no eran de interés para esta investigación. Las variables que se indagaron fueron: relaciones interpersonales, asociatividad, actividad física, nutrición, consumo de SPA, sueño-estrés, tipo de personalidad, introspección y medidas de control de salud. Los datos se procesaron en el programa SSPS versión 17 para realizar un análisis descriptivo de frecuencias de tipo unidimensional, de acuerdo a cada una de las variables.

Consideraciones éticas: La investigación se clasifica como riesgo mínimo al no implicar para los estudiantes la ejecución de algún tipo de procedimiento que atente contra su integridad y fue aprobada por el Comité Curricular del Programa y por el Comité de selección de la Vicerrectoría de Posgrados e Investigaciones de la Universidad de Nariño. Se utilizó un consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad de la información en todas las etapas del estudio, puesto que se contó con la autorización de quienes requirieron la orientación a servicios de apoyo de Bienestar Universitario (consulta médica, psicológica, orientación sobre acceso a apoyos económicos). El análisis de resultados se presentó de manera global, sin discriminar particularidades.

RESULTADOS

Los estudiantes del programa Promoción de la Salud que participaron en el estudio tenían edades que fluctúan entre 16 y 33 años con un mayor porcentaje de aquellos que se encuentra entre los 19 y 21 años. (48.7%).

En relación con la actividad física, 47% de los estudiantes refiere caminar por más de 30 minutos diarios casi siempre y 36% realiza esta práctica a veces. Solamente el 8% indica que casi nunca lo hace y 9% no respondió al interrogante. A pesar que la tendencia entre los jóvenes está más orientada al sedentarismo por sentirse más adaptados a actividades relacionadas con la tecnología que los concentra en espacios de inactividad y el movilizarse en vehículos motorizados, por las distancias que se deben recorrer, en relación con los tiempos disponibles, existe en el Programa un muy buen grupo porcentual que realizan actividad física diariamente.

Al preguntarles sobre sus hábitos nutricionales relacionados con el consumo de fruta y verdura, 9% no respondió la pregunta, un preocupante 23% refiere no hacerlo casi nunca, el 53% a veces y solamente el 15% manifiesta consumir frutas y verduras casi siempre. Si se considera que Nariño y particularmente Pasto es una ciudad fundamentalmente agrícola, donde el acceso a las verduras es relativamente más accesible que en otras regiones, sería prudente preguntarse si culturalmente se ha afectado el estilo de alimentación y si se está cambiando por la oferta de comidas rápidas y de paquetes.

El consumo de tabaco entre los estudiantes del programa Promoción de la Salud es bajo, aunque el ideal es llevarlo a cero cigarrillos en el 100%. Aun así, 17% no respondió el cuestionamiento, 59% no fuma y el 15% que lo hace, consume un cigarrillo al día

El consumo de bebidas estimulantes, incluyen desde aquellas con cafeína elaboradas o procesadas, - el café, que es una bebida inmersa en la cultura culinaria de la región, pero también las bebidas energizantes con fuertes concentraciones de cafeína- hasta las fabricadas con guaraná, taurina, ginseng, yerba mate, entre otras, que teóricamente mejoran el rendimiento, la concentración o disminuyen el cansancio. Entre los estudiantes del Programa, el 9% no respondió la pregunta, pero 66% refiere su consumo menos de tres veces al día, 17% dice consumirlas entre tres y seis veces al día y el 8% más de seis veces/día. Sería importante discriminar el consumo y determinar el tipo de bebidas que ingieren, sobre todo por la concentración y cantidad del estimulante bebido.

En contraposición, la frecuencia de asistencia a controles de salud es porcentualmente baja, pues solamente el 17% asiste siempre a sus controles, 51% lo hace a veces y 23%, casi nunca. El 9% no dio respuesta a la pregunta. Es importante insistir en este aspecto, pues en la formación académica se explica los objetivos, ventajas y procedimientos que estos controles realizan en adolescentes y jóvenes y si ellos, en su desempeño profesional van a convocar a estas poblaciones para garantizar el cumplimiento de las coberturas, deberán identificar las barreras que ellos mismos encuentran en sus vidas, para poder eliminarlas en su comunidad objetivo.

En lo relacionado con la frecuencia de conversación con la pareja o familia sobre temas de sexualidad, el 9% no da ninguna respuesta, 20% manifiesta no hacerlo casi nunca, 28% siempre y 43% a veces. Si se tiene en cuenta que los temas relacionados con la sexualidad han sido culturalmente excluidos de las conversaciones por los tabúes impuestos y la vergüenza que tienden a producir, los porcentajes que dicen hacerlo, son una muestra de avance, aunque es importante trabajar para que el 20% que no lo hace, identifique los factores que le impiden hacerlo y puedan superarlos.

El sueño y el estrés son factores que tienen relación directa con la salud mental y por tanto lograr su equilibrio es una práctica muy importante de autocuidado. Los estudiantes del Programa perciben que en relación con dormir bien y sentirse descansado, su condición es deficiente en el 19%, adecuada en el 57% y excelente en 14%. El 9% no da respuesta al interrogante. Es importante ayudar a los estudiantes que consideran que no están durmiendo bien o que se sienten cansados, a identificar las causas que los llevan a este estado para poder superarlo.

Se sienten capaces de manejar el estrés en un nivel excelente el 24%, adecuado el 54%, pero el 19% tiene un manejo deficiente del estrés. El 9% no responde la pregunta. La condición de ser estudiante de un área de salud, implica una alta responsabilidad en la preparación de evaluaciones, entrega de trabajos, planeación de actividades prácticas, elaboración de materiales para el desarrollo de las mismas, además de todas aquellas actividades que desarrollan en los diferentes roles de desempeño como hijos, padres, parejas, etc. Si bien el estrés es un factor necesario para preservar la vida, su exceso es causal de malestar y quizá enfermedad. Contribuir a minimizar los factores que lo causan y a aprender a manejarlo, es importante en el grupo con deficiencias en su manejo.

Es preocupante que, en un grupo de personas tan jóvenes, el 13% manifieste que percibe que su capacidad para relajarse y disfrutar el tiempo libre sea deficiente. Para el 38% es adecuado y para el 40%, excelente. El 9% no dio respuesta al interrogante. La capacidad de relajarse y alejarse de los problemas cotidianos, para poder disfrutar del tiempo libre contribuye a tener una buena salud mental, pues el poder disfrutar libremente de espacios o actividades de ocio y de recreación, libera tensiones y contribuye a reiniciar actividades, con empeño.

En el aspecto conexo con las relaciones interpersonales y nivel de asociatividad que poseen los estudiantes, se encontró que ellos manifiestan y reconocen el poder hablar de sus situaciones personales y perciben ser escuchados por familia, amigos o pareja en un nivel de excelencia para el 53%. Sin embargo, hay un 3% que manifiesta no tener nadie con quien comentar sus situaciones de vida, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución porcentual del tipo de relaciones interpersonales y nivel de asociatividad de los estudiantes del programa Promoción de la Salud de la Universidad de Nariño, Pasto.

Relaciones interpersonales y nivel de asociatividad		
ítem	Resultado	%
Tengo alguien con quien hablar	Excelente	53
	Adecuado	34
	Deficiente	3
	No responde	9
Doy y recibo Cariño	Excelente	63
	Adecuado	24
	Deficiente	3
	Sin dato	9
Soy integrante de un grupo	Excelente	25
	Adecuado	35
	Deficiente	30
	No responde	9

Esta tabla muestra, además, la percepción sobre las relaciones afectivas que poseen. Es llamativo que quienes manifiestan no tener con quien hablar, también perciben que son deficientes las manifestaciones de cariño recibidas y brindadas.

El pertenecer a grupos se muestra en gran porcentaje (30%), como deficiente. Sería importante indagar si la pertenencia a grupos referida por el 60% (25% excelente más 35% adecuado) es personal o virtual, por la proliferación de este tipo de contacto que se realiza en la actualidad, gracias al acceso fácil a redes sociales y a tecnología avanzada.

La percepción manifestada por los estudiantes de sentir que están acelerados en las actividades que realizan, es rara (casi nunca), en el 17%, pero a veces, en el 59%. Esta dinámica de realizar múltiples cosas es frecuente en los periodos de evaluación académica, donde la exigencia institucional, acumula este tipo de actividades y los estudiantes perciben que los tiempos son cortos y, por tanto, deben realizar una mayor cantidad de acciones mayor, que en otros periodos, tal como se muestra en la tabla 2: distribución porcentual de factores asociados al trabajo y tipo de personalidad.

Tabla 2. Distribución porcentual de factores asociados a las actividades y tipo de personalidad, en los estudiantes del programa Promoción de la Salud de la Universidad de Nariño, Pasto.

Trabajo y tipo de personalidad			
ítem			%
Parece que anda acelerado (a)	Casi siempre		15
	A veces		59
	Casi nunca		17
	No responde		9
Se siente enojado (a) o agresivo (a)	Casi siempre		26
	A veces		57
	No responde		17
Se siente contento (a) con sus actividades	Casi siempre		49
	A veces		39
	Casi nunca		3
	No responde		9

La tabla 2 también muestra que esta alta carga de responsabilidad puede afectar la respuesta en las relaciones con los padres o compañeros, agregado a que 48.7% son adultos muy jóvenes, que están terminando la edad adolescente, donde las reacciones de enojo y agresión son frecuentes y por ello, 57% refiere sentirlo a veces.

Frente al consumo de alcohol, narcóticos o medicamentos automedicados, la tabla 3 muestra como el 50% refiere hacerlo, aunque únicamente el 5% dice que es de manera frecuente. Este comportamiento está en alta relación con las formas culturales de celebración y entretenimiento, y Nariño se ha caracterizado por realizar sus festejos con la presencia del alcohol, así que se hace necesario continuar el reforzamiento de quienes no lo hacen.

El consumo de marihuana, cocaína y otras, es llamativamente bajo en un entorno donde se ha ido normalizando su uso. Es necesario indagar porqué se está dando esta práctica, para reforzarla y si es el caso, replicarla

Tabla 3. Distribución porcentual de consumo de alcohol, narcóticos y automedicación

Consumo de alcohol, narcóticos y automedicación		
ítem		%
Beber más de 4 tragos en una ocasión	Nunca	41
	Ocasionalmente	45
	A menudo	5
	No responde	9
Uso de marihuana, cocaína y otras	Nunca	87
	Ocasionalmente	3
	A menudo	1
	No responde	9
Uso excesivo de remedios automedicados	Nunca	63
	Ocasionalmente	23
	A menudo	2
	No responde	9

Fuente: Datos de la investigación

DISCUSIÓN

Se buscó identificar las prácticas de autocuidado que los estudiantes del programa Promoción de la Salud, realizan, encontrando que las practicas relacionadas con la salud mental deben ser reforzadas, pues se ha considerado que los universitarios constituyen grupos vulnerables para desarrollar prácticas y costumbres consideradas riesgosas(6), al empezar a tomar decisiones propias sobre muchas de las formas de actuar independiente en su vida.

Actividad Física

Existe una enorme evidencia científica en la que se demuestra que las personas activas gozan de una mejor calidad de vida, la “actividad física es recomendable en todas las edades, pero es en la juventud donde juega un papel fundamental a la hora de adquirir hábitos saludables. La población puberal y adolescente se encuentra en un periodo crítico donde comienzan a adoptarse actitudes y hábitos perjudiciales para la salud [...] así como el abandono de prácticas deportivas realizadas en edades infantiles”(7). Entre los beneficios que el ejercicio y el deporte generan, además de los ya sabidos aspectos físicos cardíacos, metabólicos, osteomusculares, etc., a nivel psíquico se ha encontrado que ocasiona disminución en ansiedad y estrés, agresividad y depresión, e incremento en la creatividad, el autocontrol, la fuerza de voluntad, la memoria y la autoestima(8). Además, se reconoce que la práctica de un tipo de actividad física o de un ejercicio a edades tempranas, refuerza su mantenimiento dentro de un estilo de vida saludable cuando este se realiza con las precauciones e indicaciones adecuadas.

Por otro lado, Aguilar planteó la relación del caminar con la sociabilidad, dado que implica el contacto con los otros, sea con amigos o familiares. Incluso se asocia con el afecto o la amistad, ya que estos sentimientos toman una expresión material al momento de volverlos acciones que se despliegan en el espacio(9).

Esta investigación evidenció que solamente 47% de los estudiantes del programa Promoción de la Salud practican una caminata por más de 30 minutos con alta frecuencia. Se ha encontrado que los adolescentes que no realizan prácticas de autocuidado, como la actividad física, presentan problemas de sobrepeso u obesidad, especialmente en mujeres(10), si se asocia al consumo de grasa, no dormir bien y no realizar actividad física(11).

La profundización de este indicador en interrelación con los aportes de las investigaciones previas puede sugerir que se debe estimular la práctica de esta actividad mediante diversas estrategias que estimulen no solo caminatas en espacios físicos adecuados, sino una variedad de actividades encaminadas a mejorar la condición física en general, mediante acciones lúdicas, participativas y el mejoramiento del entorno físico, que posibilite la realización de este tipo de actividades.

Nutrición

La nutrición es considerada de vital importancia en la salud humana, puesto que su adecuada práctica permite reducir enfermedades y mantener un peso corporal adecuado en términos de talla. El Informe sobre Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2003, reconoce la evidencia científica asociada a la disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares en las personas que consumen al menos 400 gramos de frutas y verduras al día [...] y probable, en la disminución del riesgo de cáncer de la cavidad oral, esófago, estómago, colon y recto. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (ICBF) recomienda la inclusión de frutas en la dieta diaria, considerando que gran evidencia científica muestra la influencia del consumo sobre la prevención de enfermedades no transmisibles, aunado al consumo de verdura cruda y hortalizas(12).

Los entornos escolares ofertan casi siempre, alimentos en paquetes con grandes cantidades de carbohidratos, azúcares, gaseosas y comidas rápidas, que han ido creando una cultura alimentaria poco saludable. Barrenechea y otras (13) muestran como en una institución educativa en Lima, se oferta en el colegio comida chatarra y los estudiantes prefieren comer hamburguesas, gaseosas, panchitos, salchipapas, galletas, porque son agradables y accesibles.

La valoración del consumo alimentario en los estudiantes del programa, arrojó que la frecuencia de consumo de frutas y verduras se encuentra entre un nivel excelente (15%) y adecuado (53%), indicando indirectamente, las costumbres alimentarias de las familias de las cuales provienen y el acceso a estos productos, en un departamento que como Nariño se destaca por su agricultura y la distribución de este tipo de alimentos . Sin embargo, se requiere de decisiones políticas institucionales, para mejorar la oferta alimentaria institucional a precios accesibles, de acuerdo con las condiciones individuales de los estudiantes y teniendo en consideración sus requerimientos nutricionales. Otros estudios a nivel nacional, muestran que estudiantes de enfermería en su mayoría no tienen conductas alimentarias de riesgo (14).

Consumo de sustancias psicoactivas, tabaco, alcohol, bebidas estimulantes y automedicación

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) representa un problema de salud pública a nivel nacional y mundial, afecta significativamente el estilo de vida de los individuos y de la sociedad. Actualmente su consumo se caracteriza por un “incremento alarmante en los países subdesarrollados por el riesgo de adicción, dependencia sea psíquica, física o ambas lo que obstaculiza gozar de salud de los individuos que componen familias y la sociedad, las causas por las que un individuo accede al mundo de las drogas son ilimitadas y complejas”, tal como lo han demostrado múltiples estudios entre ellos los de Morales , Mora , Rener y Figueroa entre otros, que concluyeron que el consumo de sustancias como alcohol, cocaína, marihuana, tabaco y heroína, entre otras, afectan de forma significativa órganos y sistemas.

De igual forma, el consumo de bebidas estimulantes tipo café, té y otros, son bastante populares entre la población estudiantil, “se promueven [...] como capaces de estimular su energía y mejorar el estado de alerta , sin embargo, sus efectos son de corta duración y después del periodo de excitación perturban la memoria, alteran la capacidad analítica cerebral; además, logran distorsionar la percepción y juicio de la realidad e incluso a producir una falsa sensación de excelente funcionamiento físico y mental”. . Su uso es considerado habitual en nuestro medio, siendo la población joven los mayores consumidores. Por ello, se insiste en la importancia de su intervención temprana y en el acompañamiento integral .

En contraste con estos datos, la investigación en el programa Promoción de la Salud indicó que el consumo de estas sustancias por parte de los estudiantes fue bajo. El 87% manifestó no consumir cigarrillo y solo un 4% tiene una frecuencia de consumo diario entre 0 a 1 cigarrillo, lo cual es un comportamiento de autocuidado que beneficia el ejercicio de un estilo de vida saludable.

El mayor riesgo identificado fue con lo relacionado al consumo de alcohol por más de 4 tragos ocasionalmente, en 45%, posiblemente asociado a que es una sustancia lícita, de fácil acceso y de gran acogida culturalmente en los eventos sociales. Carmona y otros reportan que en su estudio, el 17.8% consume más de 8 bebidas alcohólicas a la semana, bebe más de 4 bebidas alcohólicas en una sola ocasión, y que la prevalencia de consumo de cigarrillo fue de 38.7%. De igual forma, la presencia de estudiantes que refieren problema de consumo de licor (5%), y sustancias psicoactivas ilícitas (1%) aunque es minoría, amerita una canalización de casos para su desestimulo y una política institucional de apoyo para afectar esta problemática en la Universidad y en la región

En relación con la tendencia a la automedicación esta fue baja existiendo un 66% que nunca lo realiza, sin embargo, es necesario considerar los aspectos económicos y culturales en los que se desenvuelve el estudiante nariñense y las políticas de estado, que permiten el acceso fácil a medicamentos de varios tipos, especialmente analgésicos

Asistencia a controles de salud

La asistencia a los controles periódicos de salud, es una comportamiento de autocuidado considerado “responsabilidad propia” según Galdames et al., que requiere de la toma de consciencia. De igual manera mencionaron realizar un repertorio de conductas que consideran autocuidado tales como alimentarse en forma sana, beber agua, evitar riesgos, regular la ingesta de alcohol y drogas, asistir a controles médicos, usar preservativos y hacer ejercicio

En este sentido, la asistencia a los controles de salud permite en muchos casos mejorar las acciones preventivas e iniciar oportunamente con los cuidados o tratamientos, además amparados en la ley 30 de 1992, las universidades ofertan a los estudiantes, programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad a través de las oficinas de Bienestar Universitario, con el fin de orientar el desarrollo, físico, social y psíquico de sus educandos

Considerando estos referentes y los hallazgos de la investigación en que la mayoría de estudiantes del programa Promoción de la Salud solo asisten a veces a sus controles (51%) y solo un 17% lo realizan habitualmente, es necesario afianzar esta capacidad de autocuidado para estimular la asistencia a este tipo de actividades de manera rutinaria como parte de un estilo de vida saludable que sería ideal que puedan asumir, más cuando que dentro de su perfil profesional se encuentra precisamente como una de sus competencias, el desarrollo de estrategias de demanda inducida a los servicios y programas que regulan estos controles.

Conversar sobre sexualidad con la pareja o familia

Alcanzar conductas responsables relacionadas con la sexualidad, con todas sus implicaciones físicas y psicológicas, es una de las tareas a las que debe hacer frente el adolescente. Se trata de un periodo de maduración en el que experimentar es algo normal . Sin embargo, conversar sobre sexualidad en etapas tempranas de la vida, al parecer es más raro que tener relaciones sexuales.

La sexualidad no sólo tiene que ver con el sexo, también abarca los vínculos con amigos, papás, pareja, hijos, e implica diversidad, siendo significativo para la vida como parte del desarrollo de un ser humano íntegro. Es por ello que la sexualidad involucra las relaciones humanas y el afecto y no solo se reduce a los conceptos de sexo o de contacto genital, esto implica que el dialogo sobre estos aspectos incide en la forma como se concibe y se practica. De hecho, algunos estudios sobre sexualidad señalan que para los hombres adolescentes es más difícil que para las mujeres hablar sobre sexualidad, especialmente si provienen de instituciones públicas de educación. Es sabido que una de las conductas a estimular en este aspecto, es orientar a los adolescentes hacia retardar el inicio de la actividad sexual, pero las acciones han sido dirigidas habitualmente por adultos y la opinión del adolescente no ha sido considerada en las dimensiones que debiera. Por ello, permitir la formación fundamentada en los adolescentes a través de medios que sean capaces de llegar a ellos, y el poder hablar sobre el tema de manera natural, no solo se verá reflejada en afianzamiento de autoestima, conocimientos y valores, sino que podría propiciar toma de decisiones coherentes a ellas.

En este tipo de comportamientos, se encontró que solo el 28% de los estudiantes del Programa mantienen siempre conversaciones frecuentes sobre los temas de sexualidad con su pareja o familia, la mayor parte de ellos (43%) solo lo hace ocasionalmente, lo cual puede constituir uno de los aspectos a fortalecer para mejorar el proceso de toma de decisiones, prácticas de autocuidado y el ejercicio de los derechos sexuales reproductivos.

Sueño y Estrés

Existe una estrecha relación entre el sueño y la calidad de vida considerando que éste es factor de recuperación corporal y realiza procesos facilitadores de aprendizaje y memoria, razón por la cual está en estrecha relación con el rendimiento académico, sin embargo, es habitual en estudiantes de carreras profesionales, acortar los periodos de sueño, especialmente durante la temporada de evaluación, que desencadenan estados de ansiedad, depresión y estrés, pues la formación académica es estresante.

De tal forma, el estudio realizado para conocer el Impacto que tiene la falta de sueño sobre la salud mental de una población de estudiantes de medicina, encontró que las alteraciones del sueño guardan estrecha relación con diferentes trastornos de salud mental y es factor importante asociado a la depresión, pues un tercio de la población que duerme mal, presenta resultados compatibles con esta patología.

El 19% de los estudiantes estudiados en el Programa, manifestó dificultad para lograr un sueño reparador, lo cual indica probablemente factores de estrés académico, pero también dificultades de tipo personal, pues en esta etapa entran en juego la capacidad de independencia, así como las culturas y subculturas en relación con los valores humanos

14% de los estudiantes refieren dificultades en el manejo del estrés y ellos experimentan más estrés cuando perciben una situación como difícil o dolorosa y ellos no tienen los recursos para afrontarla o abordarla. Aun así, 78% manifiestan su capacidad de relajarse y disfrutar el tiempo libre en niveles considerados saludables, lo cual revela aspectos positivos de autorregulación y del potencial para interiorizar un estilo de vida saludable que incide en su calidad de vida. Estos resultados sugieren que existen riesgos en cuanto al manejo de estrés que deben considerarse en los procesos de acompañamiento estudiantil para su oportuna canalización

Actividad y tipo de personalidad

Cuadra-peralta y otros, indican que los rasgos de personalidad pueden ser especialmente relevantes para la predicción del rendimiento académico y ocupacional y los resultados sugieren que mientras las pruebas de habilidades cognitivas reflejan lo que el individuo puede hacer, los rasgos de personalidad muestra lo que harán los individuos, sugiriendo que al parecer, el tipo de personalidad, media en la toma de decisiones y pudiera incidir en el rendimiento académico.

El tipo de personalidad se enlaza con ciertas características básicas del comportamiento como los que se estudiaron en la investigación, en la cual 49% indicó sentirse contento con sus actividades casi siempre, pese a que a veces manifiestan estar acelerados en sus actividades cotidianas y posiblemente coincide con episodios de ansiedad ligados a compromisos académicos y la interacción grupal (59%), en tanto que el 57% experimenta sentimiento de enojo o agresividad, datos inferiores al reportado por Córdoba D, y otros, quienes manifiestan que los estudiantes por ellos investigados refieren, el 74,3% a menudo se percibe acelerado, 64,4% se siente enojado o agresivo.

Relaciones interpersonales y nivel de asociatividad

Las relaciones interpersonales y la capacidad para asociarse y pertenecer a grupos, está en alta relación con las habilidades para la vida y se fundamentan en la capacidad de valoración que se tiene como individuo. Se considera que los principios para que una persona mantenga adecuadas relaciones, tienen que ver con el autoconcepto, autoestima, autoaceptación, autocontrol y resiliencia

Estas son habilidades esenciales que deben caracterizar a los profesionales de la salud en todos los niveles de atención y de gestión, como miembros de un espacio clínico o comunitario en el marco de los procesos de la APS. Esto presume que el profesional debería ser capaz de sostener una comunicación de forma clara, segura, sincera y argumentada. Al respecto conviene considerar que existen estudios previos en los cuales se cuestiona el actuar del personal de salud cuando este pretende recomendar pautas de estilos de vida que ellos ignoran en su vida cotidiana. Así, Erika Frank² demostró como los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables, tienen mayor probabilidad de inducir en sus pacientes hábitos igualmente saludables.

Por tanto, la aplicación del discurso de estilo de vida saludable en las prácticas diarias del personal de salud, no solo actúa en beneficios de ellos mismos, sino que facilita la calidad de comunicación, interrelación y acuerdos que establezcan en su desempeño. De esta forma, los estudios previos de estas habilidades en estudiantes de pregrado, revelan en general resultados positivos, que pueden ser influenciados por varios aspectos como las características de la etapa del ciclo vital, la cultura, el acceso a recursos tecnológicos y su uso en redes, entre otros. Flores, Calcina y Yapuchura reportan que una gran parte (40-45%) de estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno pertenecientes a las áreas de sociales, ingenierías y biomédicas, desarrollaron redes de compañeros y amigos. Sin embargo, solo algunas veces invirtieron más tiempo desarrollando conexiones con otras personas .

Para Tobón la participación social es factor clave en el fomento del autocuidado, puesto que busca aumentar el control y compromiso mutuo entre la salud de las personas

El perfil profesional del programa Promoción de la Salud demanda una alta capacidad de interrelación y empatía con los diversos agentes sociales con los que debe asociarse, para gestionar procesos en las líneas estratégicas de su quehacer disciplinar, tales como: participación comunitaria, abogacía, movilización social, entonos saludables, educación para la salud, reorientación de servicios y el apoyo en las políticas públicas.

En este sentido, los resultados obtenidos en el proceso investigativo sobre estas capacidades revelan que son claramente aspectos de fortaleza de los estudiantes del programa Promoción de la Salud, que no solamente pueden contribuir a un mejor desempeño en sus prácticas académicas y profesionales, sino a fortalecerlos como seres humanos y personas.

Los resultados más significativos indicaron que la mayoría de los estudiantes tuvieron manifestaciones asertivas de cariño en cuanto a la expresión del afecto (63%) y cuentan generalmente con una persona con la cual interactúan mediante el dialogo (53%). Sin embargo, se hace necesario establecer institucionalmente, canales de comunicación individual con cada uno de los estudiantes que reflejen dificultades académicas, o que manifiesten directamente tener situaciones difíciles y no poder hablar con nadie, para contribuir a la formación integral de los estudiantes y establecer así a los centros educativos, como espacios fortalecidos para la permanencia estudiantil.

Introspección: La introspección, entendida como la percepción interna, se fundamenta en la capacidad reflexiva de ser consciente de los propios estados. Supone la capacidad mental de estar atento a los propios pensamientos y sentimientos. El término se deriva del inglés insight y ha tenido varias acepciones “el concepto en inglés se define como una metáfora visual: visión interna”, “con los ojos de la mente”, percepción interior, discernimiento, el hecho de penetrar con los ojos del entendimiento en el carácter interno o en la naturaleza oculta de las cosas.

El autoconocimiento promovido por medio de la introspección permite evitar la mecanización de las actividades o de los aprendizajes, académicamente coadyuva a afianzar la capacidad de análisis y reflexión a partir de su propia percepción. También, implica aprender a comprender y reconocer como las personas se sienten. De este modo, las características de la formación del programa Promoción de la Salud pueden hasta cierto punto apoyar este proceso reflexivo en la medida en que se intenta estimular la capacidad propositiva desde el enfoque positivo de la salud y que promueve actividades de autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación.

En este sentido, la investigación encontró que los estudiantes casi siempre piensan positivamente y de manera optimista (45%), y el 32% presenta sentimientos de depresión y a veces se sienten tensos (61%), resultados un poco mejores que los presentados por Duran y otros , quienes refieren que los estudiantes por ellos evaluados no tienen prácticas saludables, puesto que 40.6% no es positivo ni optimista, 77% se siente tenso debido a las actividades académicas y 53% se siente deprimido. Este hallazgo sugiere mantener una atenta mirada para identificar las causas de este tipo de sentimientos para conocer cuáles son susceptibles de intervenir apropiadamente en los procesos de acompañamiento estudiantil.

CONCLUSIONES

Los estudiantes del programa Promoción de la Salud, poseen prácticas de autocuidado adecuadas relacionadas con no consumo de cigarrillo ni SPA. El pequeño porcentaje que refiere consumirlo, no puede ser visto como un problema menor y, en consecuencia, todas las acciones que se realicen en favor de eliminar estas prácticas, deben ser consideradas.

Dentro de las prácticas nocivas a intervenir está el consumo de alcohol, que debe contemplar un plan de trabajo fortalecido, para intentar afectar la cultura del licor, en la región.

Las prácticas relacionadas con la salud mental deben ser reforzadas, pues se ha considerado que los universitarios constituyen grupos vulnerables para desarrollar prácticas y costumbres consideradas riesgosas

Las instituciones de educación superior deben considerar que están comprometidas en formar más que profesionales, seres humanos que puedan aportar con sus conductas, a ser saludables mediante acciones de autocuidado; Sin embargo, el entorno debe prestar garantías para contribuir a lograr este propósito.

Las políticas institucionales deben poner su mirada en facilitar en los estudiantes, formas y medios para realizar actividad física, acceder a alimentos saludables, desestimular el consumo de alcohol, bebidas energizantes de elaboración industrial, cigarrillo y SPA.

Una educación de calidad debe procurar por estimular procesos formativos integrales que demandan para su sostenibilidad políticas institucionales que los respalden, como el movimiento de Universidades Saludables que respalda la promoción de estilo y modos de vida saludables en los entornos educativos.

El estudio sugiere que se requiere fortalecer las habilidades para la vida con énfasis en el manejo de emociones y fomentar la realización de actividades deportivas o de actividad física. Este hallazgo, posiciona las líneas de actuación de la promoción de la salud, dado que requiere viabilizar entornos saludables que faciliten estas prácticas en la rutina cotidiana de los estudiantes y que se respaldan en el marco de política de Universidades Saludables respaldadas por la OMS

REFERENCIAS

1. Bernal D, Martínez M, Parra A, Jiménez J. Investigación Documental Sobre Calidad De La Educación En Instituciones Educativas del Contexto Iberoamericano. Revista Entramados Educación y Sociedad [internet]. 2015; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5236201>
2. Ministerio de Salud de Colombia. Taller de autocuidado, <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Taller%20Autocuidado.pdf>
3. Orem D. En Simon LN, López MG, Sandoval RI, Magaña B. Nivel de autocuidado en estudiantes universitarios de cinco licenciaturas del área de la salud. Cuidarte. 2016; 5(10): 32-43 DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2016.5.10.69114>
4. Espinosa González L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2004; 41(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2433>
5. Becerra S. Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. Revista de Psicología [Internet]. 2013. 31(2):287-314. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472013000200006
6. Arroyo Izaga M, Rocandio P, Ansotegui Alday L, Pascual Apalauza E, Salces Beti ., Rebato Ochoa E. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. Nutr. Hosp. 2006; 21(6): 673-679.
7. Siquier Coll J, Collado Martín Y, Sánchez Puente M, Grijota Pérez FJ, Pérez Quintero M, Sánchez Ignacio B, et al. Estudio comparativo de las variables determinantes de la condición física y salud entre jóvenes deportistas y sedentarios del género masculino. Nutr. Hosp. [Internet]. 2018; 35(3):689-697. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1502>.
8. Carrera A. Beneficios del deporte en la salud. [Internet]. 2016 Disponible en <http://academic.e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18694/Alicia%20Carrera%20Hern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1>
9. Aguilar M. El caminar urbano y la sociabilidad. Trazos desde la Ciudad de México. Alteridades [Internet]. 2016. 26(52):23-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172016000200023
10. Barrenechea Lagos D. Prácticas de autocuidado en las dimensiones físico, social y psicológico, en adolescentes de una institución educativa. Tesis de grado. Lima, Perú. 2018
11. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: Riesgos para la Salud y soluciones (Internet). 2018. Citado diciembre 2018.
12. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Documento Técnico Guías Alimentarias basadas en Alimentos para la población Colombiana Mayor de 2 años. 314 p. 2015. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co>.
13. Cerón Bastidas G, Urdanivia Alviz M. Factores culturales y socioeconómicos que influyen en la elección y el comportamiento alimentario, en familias de Pasto, zona urbana y rural. Trabajo no publicado.

14. Ureña-Molina MP, Pacheco-Milian M, Rondón-Ortega MJ. Conductas alimentarias de riesgo y su relación con la imagen corporal en estudiantes de enfermería. Rev. cienc. ciudad. 2015;12(2):57-1. Disponible en: <https://doi.org/10.22463/17949831.509>
15. Robles M, Vergara M, Touriz M, Cedeño M, Consumo de sustancias psicotrópicas en jóvenes de medicina. Espirales. Revista. Multidisciplinaria de Investigación. [internet]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/329517660_Consumo_de_sustancias_psicotropicas_en_jovenes_de_medicina
16. Morales M, Intoxicación por barbitúricos, una mirada toxicológica. Rev. Dialnet. Horizonte Sanitario, Vol. 18, Nº. 2, 2019, 111-118. Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
18. Mora M. Intoxicación alcohólica. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2016. 33(2):66-76. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000200066&lng=en
17. Renner A, Figueroa S. Efectos cardiovasculares de la cocaína: A propósito de dos casos. Rev.Urug.Cardiol. [Internet]. 2014. 29(1):60-66. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202014000100008&lng=es
18. Maravilla J, Lucero L., Cisneros J, Gil D. Consumo de psicoestimulantes lícitos en estudiantes de Doctorado en Medicina. Crea Ciencia Revista Científica, 12(1), 19-31. <https://doi.org/10.5377/creaciencia.v12i1.805>
19. Moyano P. El consumo de bebidas energéticas en la Universidad de Valladolid. Análisis nutricional, motivacional y económico. Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina. Disponible: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/31285>
20. Hernández E. Evaluación de un programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas para la infancia salud y drogas, vol. 15, núm. 1, 2015, pp. 67-77 Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83938758007.pdf>
21. Barrenechea Lagos, D y otras. Prácticas de autocuidado en las dimensiones físico, social y psicológico, en adolescentes de una institución educativa. Tesis de grado. Lima, Perú. 2018
22. Galdames Cruz S, Jamet Rivera P, Bonilla Espinoza A, Quintero Carvajal F, Rojas Muñoz V. Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. Hacia Promoc. Salud. 2019; 24 (1): 28-43. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.4
23. Escobar MP, Mejía AM, Betancur SI. Cambios en el autocuidado de estudiantes colombianos de enfermería, durante la formación profesional. 2015. Hacia promoc. salud. 2017; 22(1): 27-42. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.3
24. Alfaro González M, Vázquez Fernández ME, Fierro Urturi A, Muñoz Moreno MF, Rodríguez Molinero L, González Hernando C y cols. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:217-25.
25. Municipalidad de Santiago. 100 Preguntas Sobre Sexualidad Adolescente. Municipalidad de Santiago, Santiago de Chile; 2016. Disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/100-Preguntas-Sobre-Sexualidad-Adolescente.pdf>
26. Teva I, Buela-Casal G, Bermúdez MP. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España 2007. Rev Esp Salud Pública. 2009;83:309-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17083213>
27. Vilchez Cornejo J, Quiñones Laveriano D, Failoc Rojas V, Acevedo Villar Tania, Larico Calla G. Mucching-Toscano S, et al. Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 54(4) Santiago dic. 2016. [Internet Disponible https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000400002

28. Del Pielago A, Failoc V, Plasencia E, Díaz Vélez C. Calidad de sueño y estilo de aprendizaje en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Acta Méd Peruana 2013; 30 (4): 63-8. Citado por Vilchez-Cornejo, Jennifer. Et Al Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. Rev. chil. neuro-psiquiatr. vol.54 no.4 Santiago dic. 2016. [Internet Disponible http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000400002
29. Vilchez-Cornejo J, Quiñones-Laveriano D, Failoc-Rojas V, Acevedo-Villar Tania, Larico-Calla G, Mucching-Toscano S, et al. Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 206;54(4). [Internet Disponible https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000400002
30. Barrenechea Lagos, D y otras. Prácticas de autocuidado en las dimensiones físico, social y psicológico, en adolescentes de una institución educativa. Tesis de grado. Lima, Perú. 2018
31. Arteaga Lara Alfredo. El estrés en adolescentes. Capitulo II. Psicología social. Universidad Autónoma Metropolitana. México 2005
32. Cuadra-Peralta A, Veloso C, Marambio-Guzmán K, Tapia C. Relación entre rasgos de personalidad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Interciencia [Internet]. 2015. 40(10):690-695. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33941643007>
33. Cordoba D, Carmona M, Teran O, Marquez O. relación entre el estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios, Medwave. 2013;13 (11)
34. Tobón C, Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. [Internet] Disponible en <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>
35. Flores E, García M, Calsina W, Yapuchura A. Las habilidades sociales y la comunicación interpersonal de los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano - Puno. Comuni@cción [Internet] 2016. 7(2):5-14. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2219-71682016000200001
36. Tobón C, Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. [Internet] Disponible en <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>
37. Navarro F, Cardeño CA, Cano JF, Gómez JM, Jiménez K, Palacio CA, et al. Introspección en pacientes con psicosis. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2006. 35(1): 61-70. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635106>
38. Durán A, Fuentes de la C, Vásquez Q, Cediél G, Díaz N. Relación entre estado nutricional y sueño en escolares de la comuna de San Miguel, Santiago, Chile. Rev Chil Nutr. 2012;39(1):30-37

PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD EN COMUNIDADES INDÍGENAS DEL SUR DE COLOMBIA

Nohora Ortega Cadena
nortega@umariana.edu.co

SALUD-ENFERMEDAD-TRACENDECIA

Cambia lo superficial. Cambia también lo profundo. Cambia el modo de pensar. Cambia todo en este mundo. Cambia el clima con los años. Cambia el pastor su rebaño y así como todo cambia. Que yo cambie no es extraño... Julio Numhauser (PAIS).

INTERCULTURALIDAD



INDIGENAS



AFROCOLOMBIANOS



MESTIZOS

la cultura es la fuerza totalizadora de la creación, el aprovechamiento social de la inteligencia humana, fuerza de resistencia, de solidaridad, de vida cotidiana, fiesta, de transgresión, de misterio” García Márquez

“El buen vivir está ligado a la profunda espiritualidad que los pueblos continúan manteniendo con la madre naturaleza; a los sistemas e instituciones que mueven la vida productiva y las relaciones de intercambios económicos dentro de las comunidades; a la identidad indígena que permite decir y sostener quiénes somos, de dónde venimos y hacia dónde vamos; a los sistemas de organización social dentro de los pueblos, donde las autoridades tradicionales cumplen su rol de servicio”

Proceso salud enfermedad en comunidades indígenas del sur de Colombia.



LA LEY NATURAL

- Dinamiza los ciclos biológicos
- Fundamento de integración del hombre y el cosmos
- Transiciones de la vida
- Orienta el vivir bien
- Equilibrio espiritual

PRINCIPIO DE SACRALIDAD

- Sitios sagrados
- Practica de la ritualidad
- Sitios habitados por espíritus
- Comprensión de dolencias
- Transcendencia
- Partida

Sitios sagrados: “llamado Yebna que traduce casa sagrada de sanación, alrededor de un fogón llamado propiamente por ellos como Shinÿak que lo conforman tres piedras, en palabras de Carlos Juajibioy: “el fogón está constituido por tres piedras, y esas tres piedras están simbolizadas como “la piedra del sol, la piedra de la luna y la de las estrellas”, entonces al nacer el niño o la niña se le asigna una piedra, mediante una ceremonia muy especial, si es niño la piedra del sol, si es niña la piedra de la luna, y si nace muerto la piedra de las estrellas, para que ese espíritu no sea huérfano”

PRACTICAS CULTURALES DE CUIDADO

La mujer que se reconoce con la llegada del primer sangrado menstrual pero que para los Kamëntšá va más allá de esto, proceso que para ellos involucra saber, cuidado, espiritualidad, influencia astral, simbología, salud/enfermedad, pureza y cultura.

- Rituales de armonización
- Cuidados con el entorno
- Cuidados con la mujer
- Cuidados con los niños
- Cuidado con la familia

JUASHKON: Que es un día de fuerza de fuerza espiritual, es una limpia de la mujer, y es fertilidad y es vida

Uso del Tšombiach que no solamente es un adorno del traje, sino que representa fuerza y abrigo a la matriz de la mujer, que es la vida y al envolver al final se hace un nudo, sino que se sujeta suave y de esta forma según la tradición Kamëntšá se protege a la mujer de sufrir enfermedades como quistes ováricos o miomas uterinos, también a la mujer cuando esta menstruando se le prohíbe acercarse al “Jajañ

SABERES ANCESTRALES.....LEYES NATURALES EN EL CUIDADO DE LOS WAWAS

- Sagralidad de la sexualidad del hombre y mujer
- Ciclos lunares
- Practicas culturales de cuidados del mujer en cinta y del wawa
- La leche materna es la vida para el wawa. Dar pecho al wawa

CARGA MENTAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA

Ruth Vivian Barreto Osorio *
Rosa del Carmen Coral Ibarra **
Danny Wilson Sanjuanelo Corredor ***
Karol Stefanny Marín Molano ****
Leidy Tatiana Tovar Lozano *****

*Enfermera. Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado Materno Perinatal. Grupo de Investigación: Saber y Práctica en Enfermería. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Correo: rbarreto@udca.edu.co

**Enfermera. Magíster en Docencia Universitaria. Grupo de Investigación: Saber y Práctica en Enfermería. . Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Correo: rcoral@udca.edu.co

***Docente. Especialista para la Educación Superior. Ingeniero Agrónomo. Grupo de Investigación: PRONAUDCA. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Correo: dsanjuanelo@udca.edu.co

****Enfermera. Grupo de Investigación: Saber y Práctica en Enfermería. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Correo: kmarin@udca.edu.co

***** Enfermera. Grupo de Investigación: Saber y Práctica en Enfermería. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Correo: letovar@udca.edu.co

RESUMEN

El impacto de la carga mental en los trabajadores del área de la salud se constituye en un problema que tiene influencia negativa en el cuidado; afecta la seguridad de los pacientes, los costos para las instituciones, pacientes y cuidadores, así como también al sistema de salud. Estudio de tipo descriptivo transversal desarrollado en el año 2018. Muestra intencional de acuerdo a criterios de inclusión. **Objetivo:** Determinar la carga mental en profesionales de enfermería que cuidan personas con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica en una institución de Bogotá, Se utilizó el Método NASA-TLX que mide la carga mental de los trabajadores en sus puestos de trabajo, a través de seis dimensiones: Esfuerzo, Demanda mental, Demanda física, Demanda temporal, Rendimiento y Frustración. Se analizaron los datos con estadística descriptiva utilizando el programa Excel y R Core Team 2016. **Resultados:** Para los profesionales de enfermería que laboran en la institución psiquiátrica, las tareas que generan mayor carga mental son: Administración de medicamentos (74%), Orientación a pacientes y familiares (15%) y Monitorización de pacientes (11%). 10.2% presenta mayor exigencia física en la administración de medicamentos, 4.5 % en orientación a pacientes y familiares y 1,0% en monitorización a pacientes. **Conclusión:** La carga mental está relacionada positiva o negativamente por las condiciones ambientales, sociales y psicológicas del profesional de enfermería, que le permiten desarrollar su tarea adecuadamente.

Palabras Claves: Cuidadores, Fatiga Mental, Salud Mental, Enfermeros.

INTRODUCCIÓN

La medición de la carga mental en los profesionales de enfermería es prioritaria por las exigencias y demandas en el desempeño laboral. Se ha considerado que las condiciones actuales de trabajo con tareas complejas implican demandas físicas y mentales (1, 2).



Teniendo en cuenta que la carga mental es multidimensional, se precisa evaluar fundamentalmente la carga subjetiva de la presión temporal de la tarea que involucra áreas como el tiempo disponible y necesario para realizarla, la cantidad de recursos para el procesamiento que demanda la tarea y los aspectos de naturaleza emocional como son: fatiga, frustración y estrés (3,4).

Los profesionales de enfermería se ven a diario afectados por el ausentismo inesperado, tendencia a desarrollar enfermedades gastrointestinales, infecciosas, alteraciones del embarazo y otros aspectos como: falta de motivación y estímulos, condiciones de trabajo desagradables y escasa integración del empleado con la empresa (5). Se ha identificado que a mayor tiempo de servicio en una institución mayor número de incapacidades por enfermedad debido al desgaste físico y mental (6).

También se reporta que los profesionales de enfermería están expuestos constantemente a múltiples factores como el estrés, síndrome de Burnout y violencia que generan desequilibrio en la salud mental y laboral; desarrollan alteraciones físicas, mentales y sociales; que conducen a baja motivación laboral, inestabilidad emocional, baja autoestima, alteraciones somáticas y del sueño, así como también aumento del consumo de drogas (13).

El síndrome de Burnout es más frecuente en trabajadores del área hospitalaria que en aquellos de otras áreas, debido a la mayor carga laboral (número de pacientes y tiempo de trabajo), carga emocional (exposición al dolor, la muerte), la responsabilidad sobre el bienestar del paciente y la rutina diaria. Se incrementa el ausentismo alterando la gestión, administración, los recursos económicos y los equipos de salud (7).

La evaluación de la carga mental con el método NASA – TLX proporciona información sobre el nivel global de carga; detecta de manera válida y fiable las fuentes de origen, lo cual permitiría modificar las funciones en el trabajo, reducir su nivel y mejorar la satisfacción y salud de los trabajadores (3).

Se requiere la medición de la carga mental en enfermeras con el método NASA-TLX por el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, para dar respuesta a los objetivos de desarrollo sostenible, y a las necesidades de los cuidadores, se incluye la capacitación (9) y el fortalecimiento en la capacidad de afrontamiento, que se concibe como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales ante las demandas excesivas en relación con sus recursos (10), así como a la estigmatización que caracteriza a las alteraciones mentales (11, 12).

La identificación de las dimensiones y la priorización de las actividades que más generan carga mental a través del método NASA-TLX, permite a las directivas institucionales y a la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) implementar estrategias que la mitiguen. Por lo tanto es prioritario valorar esta carga en los profesionales de enfermería debido a su incremento y por considerarse uno de los factores de riesgo psicosocial más importante (1, 3, 8).

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar la carga mental en profesionales de enfermería que cuidan personas con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica en una institución de Bogotá con el método NASA-TLX. Muestra intencional de profesionales de enfermería que cumplieron con los criterios de inclusión, se utilizaron dos instrumentos: Caracterización y NASA-TLX de Hart para medir la carga mental, evaluando las fuentes de sobrecarga laboral, en seis dimensiones de carga: esfuerzo, demanda mental, demanda física, demanda temporal, rendimiento y frustración, con validación española que tiene alfa de Cronbach de 0,69. Muestra tomada durante el mes de abril de 2018, en una institución privada que atiende personas con alteraciones mentales en Bogotá. El análisis de datos se realizó con estadística descriptiva, utilizando el programa Excel y R Core Team 2016.

Se aplicó el método NASA-TLX a 22 enfermeros profesionales de una institución psiquiátrica privada de Bogotá. El 86% correspondió al género femenino y 13% al género masculino. Laboran en los servicios: Intermedios Masculino, Intermedios Femenino, Pabellón de mujeres, Agudos Femenino, Agudos Masculino, Geronto-Psiquiatría, Niños y Adolescentes, Triage en los turnos mañana, tarde y noche.

La feminización del cuidado en enfermería continúa siendo una constante relacionado con las características, rol y división del trabajo de las mujeres (14).

Las tareas que generan mayor carga mental corresponden a: administración de medicamentos (74%), orientación a pacientes y familiares (15%) y Monitorización pacientes (11%).

Respecto a la carga mental global de los profesionales de enfermería con las actividades priorizadas por los mismos, la orientación a pacientes y familiares obtuvo la mayor puntuación, en todas las dimensiones de la escala NASA TLX con 87.1%, seguido de administración de medicamentos con 73.1% y monitorización a pacientes 60.8%.

La literatura refiere que la carga mental está altamente relacionada con el ejercicio laboral en el área de la salud, debido a la alta exigencia de atención, concentración y la continuidad del cuidado (15).

Respecto a las dimensiones más afectadas, el 17.5% de los profesionales de enfermería identificó mayor exigencia mental al desarrollar la tarea en orientación a pacientes y familiares, 14.9% administración de medicamentos y 10.0% en monitorización a pacientes. El 10.2% refiere mayor exigencia física en la administración de medicamentos, 4.5 % en orientación a pacientes y familiares y 1,0% en monitorización a pacientes.

Las dimensiones exigencia mental y física se encuentran principalmente afectadas en los profesionales de enfermería debido a múltiples factores como la cantidad de pacientes, el servicio, el turno y las interrupciones.

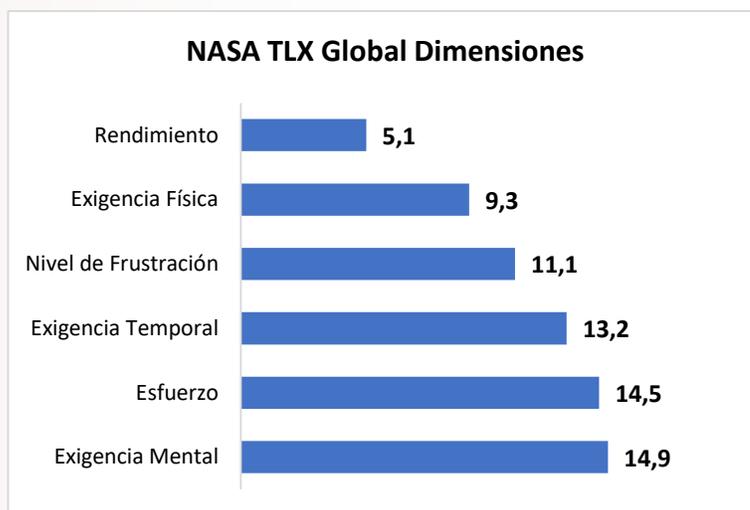
Otros estudios evidencian que la dimensión más afectada es la exigencia mental, seguida de la temporal y el esfuerzo (16, 17), que se identificó también en este estudio. Los participantes reportaron mayor exigencia temporal en la monitorización a pacientes (20%), orientación a pacientes y familiares (19.0%) y administración de medicamentos (12.3%).

El 15.3% de los enfermeros profesionales identificó mayor esfuerzo para desempeñar la tarea de administración de medicamentos, 14.5% orientación a pacientes y familiares y 1.0% en monitorización a pacientes. 5.5 % de las enfermeras, considera que su rendimiento es bueno para desempeñar la tarea de administración de medicamentos, 3.5% en orientación a pacientes y familiares y 1.0 monitorización a pacientes. Los participantes perciben mayor nivel de frustración en orientación a pacientes (18.5%), seguida por administración de medicamentos (10.8%) y monitorización a pacientes (2%).

En la orientación a pacientes se requiere alta exigencia temporal, que se relaciona estrechamente con el nivel de frustración, debido a que la información es poco comprendida por los receptores del cuidado, familiares o acompañantes, además del tiempo disponible y el requerido para realizar la actividad.

La exigencia temporal se afecta en los profesionales de enfermería para la monitorización a pacientes, debido a la falta de recursos e insuficiente personal que demandan de mayor tiempo y generan presión en el trabajador. De las actividades priorizadas por los profesionales de enfermería, para cada dimensión de manera global la dimensión de exigencia mental mostró el mayor porcentaje, 14.91% para dichas actividades (Grafica 1).

Gráfica 1. Dimensiones de actividades priorizadas NASA TLX – Enfermeras



Fuente: Investigación Carga mental en profesionales de enfermería en una institución psiquiátrica con el Método NASA – TLX

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La tarea que genera mayor carga mental en los profesionales de enfermería que laboran en una institución psiquiátrica en Bogotá es la administración de medicamentos, esta implica mayor exigencia en todas sus dimensiones.

Las dimensiones más afectadas en los profesionales de enfermería son la exigencia mental y física.

Se recomienda aplicar el método NASA TLX a todo el personal del área de la salud, haciendo énfasis en cada una de sus dimensiones relacionando las actividades propuestas en la lista de chequeo a los cuidadores formales en diferentes periodos de tiempo a fin de hacer medición de carga mental e identificar modificaciones positivas o negativas en relación a la misma.

Se debe tener en cuenta y evaluar las condiciones ambientales, sociales y psicológicas de los profesionales de enfermería.

La carga mental en profesionales de enfermería se debe abordar de manera integral teniendo en cuenta las condiciones personales de los trabajadores y la implementación de estrategias que las disminuyan o mitiguen.

REFERENCIAS

1. García V. Third working conditions and health survey in Navarre, Spain: main findings. Arch Prev Riesgos Labor. [Internet]. 2017 Abr [cited 2019 Jul 30]; 20(2):102-110. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=28419796#
2. Cesar Vaz MR, Bonow CCF, Almeida MC, Sant'Anna CF, Cardoso LS. Workload and associated factors: a study in maritime port in Brazil. Rev Lat Am Enfermagem. [Internet]. 2016 Nov [cited 2019 Jul 29]; 28(24):280-284. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=27901222
3. Díaz Ramiro E, Rubio Valdehita S, Martín García J, Luceño Moreno L. Estudio Psicométrico del Índice de Carga Mental NASA-TLX con una Muestra de Trabajadores Españoles. Rev. psicol. trab. organ. [Internet]. 2010 Dic [citado 2019 Ago 05]; 26(3):191-199. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622010000300003&lng=es

4. Araujo TR, Menequeti MG, Auxiliadora Martins M, Castilho V, Chaves LD, Laus AM. Financial impact of nursing professionals staff required in an Intensive Care Unit. Rev Lat Am Enfermagem. [Internet]. 2016 Nov Dic [citado 2019 Jul 20]; 21:24. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=27878219
5. Carvajal Hermida EY. Ausentismo en enfermería. Revista de actualizaciones de enfermería. [Internet]. 2009 Dic [citado 2019 Jul 20];12 (4): 10-17. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-124/ausentismoenenfermeria/>
6. Becker Sandra G, Carvalho ML. Estudio sobre ausentismo en profesionales de enfermería del centro psiquiátrico de Manaus, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2008 Feb [cited 2019 Aug 05]; 16(1): 109-114. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100017>
7. Gutiérrez O, Rodríguez N, Torres J. Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana. Colombia. Universidad y Salud; 37-42. 2017.
8. Bernal Horta S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada Bogotá. ScienceDirect 2014; 11: 154 - 163.
9. Bierhals CC, Santos NO, Fengler FL, Raubustt KD, Forbes DA, Paskulin LM. Needs of family caregivers in home care for older adults. Rev Lat Am Enfermagem. [Internet]. 2017 Apr [cited 2019 Jul 22]; 6:25 Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=28403338
10. Mora B, Márquez M, Fernández A, Espriella R, Torres N, Arenas A. Variables demográficas y clínicas relacionadas con la carga y el afrontamiento de los cuidadores de personas diagnosticadas de esquizofrenia. Colomb Psiquiat 2016; 47 (1):13-20.
11. Mera G, Cardona J, Benítez J, Delgado G, Benitez W, Villalba J. Sobrecarga y experiencia de cuidadores familiares de personas diagnosticadas con esquizofrenia, una mirada desde la enfermería. Hacia la Promoción de la Salud 2017; 22 (2): 69 – 83.
12. Gonzales J, Moreno B, Garrosa E, López A. Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. Latinoam. Psicol 2005; 37 (3): 447-492.
13. Ramirez Gil J, Toledo Alfocea D, Tosal Herrero B. When the doctor becomes a patient: physician health in university hospitals in Alicante, Spain. Arch Prev Riesgos Labor. [Internet]. 2013 Oct-Dec. [cited 2019 Jul 30]; 16(4):171-81. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=24092412
14. Arquer Nogareda C. NTP 544: Estimación de la carga mental de trabajo: el método NASA TLX. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España; S.F
15. Aspiazu E. Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. Trabajo y Sociedad. 2017; 28:11-35<https://www.redalyc.org/pdf/3873/387349334002.pdf>
16. López M, Rubio S, García J, Luceño L. Avances en la utilización del NASA-TLX como herramienta para la evaluación de la carga mental subjetiva: Del laboratorio al ámbito laboral. Ciencia y Trabajo. 45:233-237.
17. Urbina O. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. Cubana de Enfermería 2011; 27(3): 239-247.

CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO DE PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS II

Sergio Duvan Bernal N*
Ingrid Lizeth Chuquen Garrido*
Yesica Jazmín Fandiño^{3*}
Daira Vanessa Burbano Rivera **

*Estudiantes de Enfermería. Facultad de Enfermería - Universidad Antonio Nariño. Correos: sbernal29@uan.edu.co, ichuquen30@uan.edu.co, yvelasquez14@uan.edu.co.

** Facultad de Enfermería. Universidad Antonio Nariño, Profesora asistente. MSc en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Correo: dvburbano@uan.edu.co.

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo cualitativo/descriptivo, que tuvo por objetivo describir las creencias y prácticas de cuidado de personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM II) respecto a su tratamiento, atendidos en una institución prestadora de servicios de salud (IPS) de Bogotá D.C, durante los meses de noviembre a marzo del 2019; fueron 4 participantes con edades comprendidas entre 30- 70 años de edad. Para la recolección de datos se utilizó entrevista semiestructurada y análisis de contenido para agrupar la información en 5 categorías: (*Valoración de la enfermedad, Creencia ante la enfermedad, Adherencia al tratamiento médico, Impacto de la enfermedad y Prácticas de cuidado, a su vez divididas en médico- terapéuticas y culturales*). **Conclusiones:** El conocimiento de creencias y prácticas en personas con DM II permite a enfermería generar estrategias de intervención coherentes con la cultura. Las prácticas de cuidado se ligan al uso de la herbolaria, siendo: la sidra, el yacón, la insulina y la canela, las plantas más utilizadas. Hubo una asociación positiva entre el control de la enfermedad y el uso de plantas que se conjugan de manera sinérgica con el tratamiento farmacológico. Por otro lado, en las creencias, se pudo identificar que la enfermedad es subvalorada por los participantes. **Recomendaciones:** Se hace un llamado a promover el cuidado culturalmente congruente, apoyados en el modelo de universalidad y diversidad de los cuidados de Madeleine Leininger.

Palabras clave: Características culturales, Prácticas culturales, Diabetes Mellitus, Cultura, Transculturación.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM), es una enfermedad o grupo de enfermedades crónicas caracterizadas por la insuficiencia en la producción o utilización de la insulina (1-3). Esta tiene una gran afectación a nivel mundial, siendo la Diabetes mellitus II (DM II), responsable de la mayoría de los casos¹, se estima que para el 2030 esta enfermedad llegue a ser la séptima causa de mortalidad a nivel mundial (1,4,5); en Sudamérica y Centroamérica se reportan alrededor de 24 millones (6). Colombia es el quinto país con mayor mortalidad en Latinoamérica (Análisis de situación en salud, ASÍS, 2016) (7) y Bogotá, de acuerdo al estudio de Carmela (8) tiene una prevalencia alrededor de 7,4 % a 8,7%. Aschner (9) afirma que los cambios sociodemográficos por los que está atravesando el país, han producido modificaciones en los modos de vida que guardan una relación directa con el aumento de las enfermedades crónicas no trasmisibles.

La DM II genera grandes repercusiones en la calidad de vida de la persona que la padece, por sus complicaciones, Sandoval (10) afirma que es “un problema de salud pública, ya que está asociada a mayor riesgo de morbilidad por diversas patologías, en especial por enfermedad cardiovascular”.



La relación entre el Índice de desarrollo humano (IDH) mayor y aparición de diabetes es positiva (11). Estudios hallaron que la adherencia al tratamiento de los pacientes con DM II, no supera el 70%, adicional esta baja adherencia se capta en personas que asisten a programas de atención primaria(12-14); el bajo seguimiento a las indicaciones en el tratamiento, va de la mano con creencias culturales transmitido por el entorno y desconocimiento de la enfermedad (15,16).

En gran número de ocasiones, los profesionales que asisten a esta población, se centran en la enfermedad, dando una importancia infravalorada a la persona y sus pensamientos. Debido a esto, muchas personas adoptan otras acciones para su tratamiento, dejando al sistema médico como último recurso (17,18).

La teoría de diversidad y la universalidad de los cuidados culturales (19-21) planteados por la Dra. Madeleine Leninger, permite al enfermero conocer las prácticas y creencias para ejecutar acciones respetando la integridad cultural del individuo y a su vez siendo consecuente con las prácticas de cuidado científicamente establecidas en enfermería.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo cualitativo/descriptivo, tuvo como finalidad, describir las creencias y prácticas de cuidado que personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus II.

Población

Fue constituida por 4 personas diagnosticadas con DM tipo 2 que asisten por consulta de control a una IPS en la ciudad de Bogotá D.C; mujeres y hombres con edades comprendidas entre 30 a los 80 años, sin déficit neurológico.

Muestra

Teniendo en cuenta que el estudio se desarrolla en el paradigma cualitativo, la muestra es teórica, y está constituida por la información proporcionada en las entrevistas realizadas a las 4 personas con diagnóstico de DM II.

Recolección de la información

La descripción de las creencias y prácticas de este grupo de usuarios con DM II, se llevó a cabo por medio de una entrevista semiestructurada, que tuvo una duración promedio de 25 minutos, todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis, se construyó una sábana, mostrada en la (Tabla 1), se obtuvieron 5 categorías, descritas en los resultados.

TABLA 1. Categorización de los datos obtenidos en las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, atendidos en una IPS de Bogotá D.C, durante los meses de noviembre a marzo del 2019

PARTICIPANTE	CATEGORIA	CODIGO/ MEMO EJEMPLO	COLOR
No. 1	Valoración o importancia de la enfermedad	"La diabetes igual que la tensión, pues es normal"	Celeste
No. 2	Creencia ante la enfermedad	"le dicen a uno qué se cuida [...] es una enfermedad que no es curativa, es dé cuidarla, por qué eso no se cura"	Amarillo
No. 3	Adherencia al tratamiento médico	"yo de pronto voy es así al naturista"	Rojo
No. 4	Impacto de la enfermedad	"pues que se supone que no debo comer nada que tenga dulce"	Fucsia
	Prácticas de cuidado médico- terapéuticas	"la novorapid es 20 preprandiales y la detemir son 30 en la mañana y 30 en la noche"	Verde oscuro
	Prácticas de cuidado culturales	"hierbas cilantro y perejil, se cocina y se toma un vaso en ayunas y otro al acostarse, para los riñones es muy bueno"	Verde claro

Fuente: Elaborado por los autores (2019)

Aspectos éticos

Este estudio considero las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (22), la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en Colombia, se consideró este como un estudio de bajo riesgo (23), la ley 911 de 2004 (24); a su vez se tuvieron en cuenta los principios deontológicos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Se obtuvo el aval del Comité de Ética de la Facultad, la aprobación institucional en la IPS, y el consentimiento informado de los participantes.

RESULTADOS

Para la descripción de los resultados, fue elaborada una ficha de caracterización sociodemográfica, que tuvo como finalidad conocer el perfil de las personas participantes; en esta tabla se destaca la variedad religiosa, diferencias de nivel académico, procedencia y edad.

Agrupación de las categorías por semejanzas

Se obtuvieron 5 categorías: (Valoración de la enfermedad, Creencia ante la enfermedad, Adherencia al tratamiento médico, Impacto de la enfermedad y Prácticas de cuidado, a su vez divididas por medicas terapéuticas y culturales).

Valoración o importancia de la enfermedad

La enfermedad fue subvalorada, normalizando una condición patológica crónica, transformándola en un hecho sin trascendencia. Se encontraron afirmaciones como “la tensión y la diabetes nada más”, La diabetes igual que la tensión, pues es normal también por mi edad, si yo fuera de 15 20 años dice uno, pero a esta edad pues es apenas lógico”. La DM II es vista como una enfermedad catastrófica y que afecta la calidad de vida (25, 26).

Creencia ante la enfermedad

En esta categoría se encontraron diferentes percepciones sobre la enfermedad, respecto a su gravedad, a continuación se traen a colación algunas respuestas: “que es de cuidado y es silenciosa, les da llagas, les afecta la circulación, que tiene que ver con el corazón también”. “qué las comidas son a la fuerza, con hormonas veneno, y eso es lo que uno come, por eso es qué hoy en día da mucho cáncer y diabetes” Diferentes autores hallaron que no las personas no consideran un tratamiento multifactorial como efectivo y las creencias personales afectan de manera directa (25-29).

Adherencia al tratamiento

Para esta categoría, es posible evidenciar un cumplimiento al seguimiento de medicina especializada, sin embargo se observaron limitaciones para el cumplimiento de la dieta, ejercicio y tratamiento farmacológico. Se evidencia en estos ejemplos: “Ahorita me está viendo el médico internista ““me mandaron al visitar la nutricionista, yo cuando vi todo eso yo dije ¡ay!, yo archive esa vaina y ni la volví a leer, dije no quien más que yo sé qué debo y qué no debo hacer”. Los estudios muestran los porcentajes de adherencia son bajos y que el tratamiento se modifica de acuerdo a necesidades personales (12-16,30).

Impacto de la enfermedad

En esta categoría, se puede inferir la afectación negativa de tener diabetes “entonces no he podido acceder a la cirugía por el problema de mi diabetes”, “me daba mucha sed y pues yo tomaba agua, pero no saciaba la sed, sentía mucho calor y el sueño me atacaba en el día”. Esta enfermedad representa un reto para la persona, su familia y las actividades que lleva a cabo en el día a día (25, 31-35).

Prácticas de cuidado

Esta categoría se subdivide en 2, descritas enseguida:

Prácticas de cuidado médico- terapéuticas

Se describen a continuación algunos de los resultados más relevantes de esta categoría: “En la alimentación, si me cuida”, “60 y 60, 60 de metformina y 60 de novorapid distribuidas en el día” Las personas siguen los tratamientos medicamente establecidos y atribuyen efectos positivos a estos (25, 32, 36).

Prácticas de cuidado culturales

Para esta categoría se encontró como datos relevantes “no dejo de ayudarme con agüitas, a veces que tome agüita que de sidra que de que de una hojita verde que se llama insulina”. El uso de tratamientos alternativos es frecuente, se asocia con la herbolaria (16, 25, 29).

CONCLUSIONES

El conocimiento de creencias y prácticas en personas con DM II, permite a enfermería generar estrategias de intervención coherentes con la cultura, fortaleciéndose el campo disciplinar al brindar un cuidado holístico. Las prácticas de cuidado de personas con DM II se ligan al uso de la herbolaria, siendo: la sidra, el yacón, la insulina y la canela, las plantas más utilizadas. Hubo una asociación positiva entre el control de la enfermedad y el uso de plantas que se conjugan de manera sinérgica con el tratamiento farmacológico. Por otro lado, en las creencias, se pudo identificar que la enfermedad es subvalorada por los participantes.

RECOMENDACIONES

Se hace un llamado a promover el cuidado culturalmente congruente, apoyados en el modelo de universalidad y diversidad de los cuidados de Madeleine Leininger.

La ciudad de Bogotá D.C, es un centro multicultural, por esto se recomienda estudiar más a fondo las creencias y prácticas de las personas con diagnóstico de DM II, con abordajes de tipo correlacional y de intervención.

REFERENCIAS

- 1) Organización mundial de la salud (OMS). Informe mundial sobre la diabetes [Internet]; 2016. [Citado: 10/04/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
- 2) Cervantes-villagrana RD, Presno-bernal JM. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. [Artículo de Internet]. Rev. Endocrinol y Nutr 2013; 21(3):98–106.[Citado 10/04/2019. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/endocrinologia>
- 3) Diazconti M, Serrano Bello CA, Velásquez R MP. Diabetes 2. In: Patología [Internet]. Mc graw hill. New York; 2014. p. 1200.[Citado 12/04/2018] Disponible en: <http://ezproxy.uan.edu.co:2409/content.aspx?bookid=1493§ionid=102869358>

4. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. Samet J, editor. *PloS Med* [Internet]. 2006 Nov 28; 3(11):e442.[Citado 15/04/2018] Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
5. International Diabetes Federation. *DIABETES ATLAS DE LA FID*. 8va Edición; 2017, ISBN: 978-2-930229-87-4.
6. Vargas Uricoechea H, Casas Figueroa LÁ. Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia. *Clinic Investig Arteriosclerosis* [Internet]. 2016; 28(5):245–56.[Citado 25/04/2018]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0214916816000176>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*; 2016 [Internet]. 242 pp. [Citado 01/05/2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>
8. Escobedo J. Buitrón V. Velasco F. Ramirez C. Hernández R. Pellegrin F, Et al. High prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in urban Latin America: the CARMELA Study. *Diabet Med* [Internet]. 2009; 26(9):864–71. [Citado 08/05/2018]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1464-5491.2009.02795.x>
9. Aschner P. Epidemiología de la diabetes en Colombia. *Avanc en Diabetol* [Internet]. 2010 Apr;26(2):95–100.[Citado 24/04/2018] Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134323010620054>
10. Sandoval CM. Importancia global y local de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Hosp Clínica Univ Chile* [Internet]. 2012; 23(2):185–90. [Citado 15/04/2018]. Available from: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/importancia_global_diabetes.pdf
11. Mendoza Romo MÁ, Padrón Salas A, Cossío Torres PE, Soria Orozco M. Prevalencia mundial de la diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el índice de desarrollo humano. *Rev. Panam Salud Pub* 2017; 1–6. [Citado 20/04/2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34431>
12. Romero G, Sandra L.; PARRA, Dora I.; SANCHEZ R, Javier M. And ROJAS, Lyda Z. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [online]. 2017, vol.49, n.1, pp.37-44. [Citado 10/05/2019]. Disponible en: ISSN 0121-0807. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n1-2017004>
13. Rincón Romero M, Corredor Pardo KA (Dir.) *AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2*. [Trabajo final de maestría]. [Bucaramanga]. Universidad nacional de Colombia; 2016. [Citado 22/04/2018]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/55613/1/1098674553.2016.pdf>
14. Rincón-Romero MK, Torres-Contreras C, Corredor-Pardo KA. Adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. cienc. cuidad.* [Internet]. 4 de enero de 2017 [citado 19 de agosto de 2020];14(1):40-59. <https://doi.org/10.22463/17949831.806>
15. Pascasio G, Ascencio G, Cruz A, Guzmán C. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2016; 22(1–2):23–31. [Citado 12/05/2019]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48749482004>
16. BRIÑEZ ARIZA, KJ; MUÑOZ DE RODRIGUEZ L. Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leninger. *Cultura de los cuidados*, [S.l.], n. 45, p. 81-90, sep. 2016. ISSN 16996003. [Citado 01/05/2018]. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2016-n45-experiencias-de-cuidado-cultural-en-personas-con-diabetes-y-el-contexto-familiar-con-enfoque-leininger>.
17. Ferreira M. Concepções de mitos e relações com a saúde. *Bol. Mus. Int. de Roraima* v8(2): 53-60. 2014. [Citado 22/07/2018]. Disponible en: <https://uerr.edu.br/bolmirr/wp-content/uploads/2014/12/BOLMIRR-v82-Santos.pdf>

18. Santana MG, Erdmam AL. CRENÇAS EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM CULTURAL. *Cogitare Enferm*, Curitiba, v.5, n.2, p.7-14, jul./dez. 2000. [Citado 23/07/2018]. Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44878>
19. Leninger M. Theoretical Questions and Concerns: Response from the Theory of Culture Care Diversity and Universality Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), 9–13. [Citado 25/07/2018]. Disponible en <https://doi.org/10.1177/0894318406296784>
20. Madeleine L. *Transcultural Nursing: concepts, theories and practices*. John Wiley. New York; 1978. 531 p.
21. Gorge JB. Madeline M. Leninger. In: A ALSM, editor. *Teorias de enfermagem: os fundamentos a pratica profissional*. Artes Medi. Porto Alegre; 2000. P. 297–311
22. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica. *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016.
23. Colombia, Santafé de Bogotá D.C. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993, 4 de Octubre. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.04/10/1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
24. CONGRESO DE COLOMBIA. LEY 911 DE 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio dela profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004*. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
25. López Amador KH, Ocampo Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar [en línea]* 2007, 9 (Abril-Junio): [Fecha de consulta: 19 de abril de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50711454003>> ISSN 1405-965
26. García Reza C, Cruz Campuzano E, Gomez Torres D, Toxqui Tlachino MJ, Sosa Garci BC. La percepción de un grupo de hombres sobre la Diabetes Mellitus: contribuciones a la enfermería. *Rev. Esc Anna Nery* 2014;18(4):562-569. [Cited 19/14/2019]. Avaliable from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0562.pdf>
27. Guevara Corral RD. Creencias tradicionales sobre las enfermedades que afectan la salud de una comunidad urbana. *Rev. Estud Histor Region*; 3 (10);1984. [Citado 18/04/2019]. Disponible en: http://praxis.univalle.edu.co/index.php/historia_y_espacio/article/view/6801/9292
28. Silva Fernández C, Agudelo Vélez D. Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología [en línea]* 2011, 14 (Sin mes): [Fecha de consulta: 20 de abril de 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79822602005>
29. Andrade Córdoba S, Antonio López MT, Cerezo Bautista AM. Creencias en Salud de la Persona que Vive con Diabetes. *Desarrollo Cientif Enferm*; 20(8); 2012. [Citado 20/04/2019]. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-255.pdf>
30. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia Al Tratamiento: Concepto Y Medición. *Revista Hacia la Promoción de la Salud [en línea]* 2016, 21 (Enero-Junio): [Fecha de consulta: 21 de abril de 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309146733010>

31. Medel Romero BC, González Juárez L. Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. *Index Enferm* [Internet]. 2006 [citado 2019 Abr 22]; 15(52-53): 16-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100004&lng=es
32. Ramos Rangel Y, Morejón Suárez R, Gómez Valdivia M, Reina Suárez M, Rangel Díaz C, Cabrera Macías Y. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 Abr 22]; 7(2). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474>
33. Terechenko Luhers NS, Baute Geymonat AE, Zamonsky Acuña JN. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Rev. Biomed Medic Famil Comunit*, 10 (1) 20 – 33; 2015. ISSN 1510-97. [Cited22/04/2019]. Available from: <https://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>
34. Ledón Llanes L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev. Cubana Endocrinol* [Internet]. 2012 Abr [citado 2019 Abr 22]; 23(1): 76-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es.
35. Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev. Cubana Salud Pública* [Internet]. 2011 Dic [citado 2019 Abr 22]; 37(4): 488-499. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013&lng=es.
36. Ministerio de salud y protección social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. 2016.

EXPERIENCIA FORMATIVA: REFLEXIÓN SOBRE LA EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN SEGURA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Deysi Astrid Machuca*
Martha Ligia Velandia Galvis**

*Especialista en Gerencia de Servicios de salud, Maestrante Gerencia de Empresas. Profesora catedrática adscrita al Departamento de Protección, promoción y gestión en salud, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: deysiastridma@ufps.edu.co, Cúcuta-Colombia.

** Especialista en cuidado intensivo, Profesora adscrita al Departamento Atención Clínica y Rehabilitación, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: marthaligiavg@ufps.edu.co, Cúcuta-Colombia.

RESUMEN

Objetivo. Analizar la experiencia de investigación del estudiante de III semestre de Enfermería en la práctica hospitalaria con referencia a la gestión de la atención segura en los servicios de salud. **Experiencia formativa.** Gestión para la calidad y atención segura, es un núcleo temático de la gerencia de los servicios de enfermería en el Microcurrículo del curso Fundamentos del cuidado II. Durante el desarrollo del componente teórico y práctico, se establece una metodología para identificar, analizar, planear e implementar acciones en torno de una cultura de seguridad del paciente, teniendo en cuenta la normatividad local, nacional e internacional, respondiendo a los retos globales establecidos por las OMS en cuanto a seguridad del paciente. En la práctica formativa, se investiga aplicando el instrumento: Percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios. Se aplica en dos instituciones, una de carácter oficial y otra privada, con el objetivo de identificar el grado de seguridad de los servicios de salud percibida por los pacientes durante la hospitalización. **Conclusión.** La seguridad del paciente durante la atención en salud, ha tomado una importancia cada vez mayor, dado que se espera por parte de los profesionales en salud, que no solo ofrezcan una atención acertada y técnicamente bien ejecutada, sino que la misma no represente un riesgo para la salud o la vida. La cual debe tener en cuenta aspectos como: los factores legales, tecnológicos, educativos, y los aspectos espirituales y éticos durante la atención; aspectos formalmente reglamentados en Colombia en la legislación vigente y que responden a las recomendaciones globales.

Palabras Clave. Servicios de salud; Pacientes; Seguridad del paciente; Investigación en enfermería; Percepción; Atención de salud; Teoría de enfermería.

INTRODUCCIÓN

La atención de la salud de calidad es un derecho social fundamental expresado en el marco normativo del Estado Colombiano. Integra, el aspecto de seguridad, con la finalidad de dar respuesta a estándares de calidad y garantizar la satisfacción del usuario (1).

La Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social tiene como una de sus funciones el establecimiento y monitoreo de los indicadores de calidad. En consecuencia, se ha fortalecido el proceso de análisis de la situación de la calidad en Salud.



Desde los años 90 se han desarrollado numerosos estudios epidemiológicos donde se revela la magnitud, el impacto y las características de los eventos adversos configurados en la atención de salud. Según la OMS, se calcula que cada año se hospitaliza a 421 millones de personas y que, en su estancia, estos pacientes sufren aproximadamente 42.7 millones de eventos adversos (2).

El objetivo fundamental de la actividad de investigación desarrollada por los estudiantes de III semestre de Enfermería, es propiciar en ellos, el desarrollo de competencias para la reflexión crítica, el análisis y la indagación en virtud de las problemáticas del fenómeno del cuidado y salud y a su vez, los resultados propios de la investigación sean un mecanismo adicional para generar respuestas a las necesidades del entorno respecto a la calidad del cuidado seguro (3).

OBJETIVOS.

Objetivo general

Analizar la experiencia de investigación del estudiante de III semestre de Enfermería en el marco de la práctica hospitalaria con referencia a la gestión de la atención segura en los servicios de salud.

Objetivos específicos

1. Describir la metodología del módulo temático del desarrollo de la Gestión de la atención segura en los servicios de salud en su fase práctica.
2. Plantear el ejercicio investigativo como herramienta de la Gestión de la atención segura.
3. Definir la seguridad del paciente triangulando la perspectiva legal, teórica y del sujeto de cuidado.

METODOLOGIA EN LA FASE PRÁCTICA.

Una vez realizado el diagnóstico de los servicios, se realiza el diligenciamiento del instrumento teniendo en cuenta la totalidad de pacientes hospitalizados en los servicios de una institución pública y una privada en un momento determinado programado al inicio de la rotación, como parte de la medición de la percepción de seguridad que tienen los usuarios de los servicios, a fin de obtener insumos que permitan a los estudiantes identificar las fallas en las que se incurren en el momento de prestar atención en salud, y así mismo, de sensibilizarlos frente a la responsabilidad de cumplimiento de protocolos, guías y la búsqueda del mejoramiento continuo.

Una vez se diligencian los instrumentos, se tabulan, se analizan y se organizan para ser presentados en el aula frente a sus docentes y compañeros. Esta experiencia se ha realizado paralelamente a la primera experiencia en ejecución de procedimientos de enfermería por lo que se espera, se afiance en ellos la formación de principios relacionados con la ética en su formación como profesionales de Enfermería.

LA INVESTIGACIÓN COMO HERRAMIENTA EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN SEGURA.

La investigación sobre seguridad del paciente, aporta perspectivas complementarias dirigidas a estimar y analizar las características que circunscriben a la atención segura. Sin embargo, individualmente ninguna acción representa una completa respuesta o una solución completa al problema (4).

Teniendo en cuenta los anteriores antecedentes, se considera que la sumatoria de todas las acciones, permiten documentar el problema priorizado en el servicio de salud durante el desarrollo de la práctica formativa, constituyéndose el plan operativo como un aporte para el fortalecimiento de una atención segura en los espacios hospitalarios con los cuales se tienen convenios relación docencia servicio vigente.

Descripción del instrumento

Consta de 24 preguntas divididas en tres secciones diferenciadas. La primera sección contiene 10 preguntas relacionadas con la experiencia en general durante su estancia hospitalaria. En la segunda sección el paciente responde preguntas con opciones de respuesta dicotómicas (si/no), con referencia a si ha tenido alguno de los siete problemas (error clínico) en su hospitalización. En la tercera sección se evalúa el grado de seguridad percibida por el paciente durante todo su proceso de hospitalización (5) .

SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA LEGAL, TEÓRICA Y DEL SUJETO DE CUIDADO

Perspectiva Legal

La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (6).

En Colombia el Decreto 1011 de 2006 (SOGC) establece los componentes (habilitación, acreditación, auditoría para el mejoramiento continuo y sistema de información) que se requieren para brindar atención en salud. La seguridad del paciente se constituye un elemento fundamental en la calidad de la atención en salud, lo cual se evidencia dentro del estándar de procesos prioritarios, expuestos en la Resolución 2003 de 2014; como parte de la habilitación de los servicios de salud. En la Resolución 123 de 2012, de acreditación en salud, implica un eje transversal y una puerta de entrada al proceso voluntario de acreditación en calidad dentro del Sistema de salud.

Paralelamente, la seguridad en la atención de salud, es sujeto de auditoría y responde a uno de los dominios de seguimiento en la Resolución 256 de 2016. El Ministerio de salud ha generado los paquetes instruccionales, guía técnica de “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, suministrando herramientas unificadoras aplicables a los territorios, entidades administradoras de planes de beneficio y prestadores de salud a nivel nacional.

La amplia reglamentación en Colombia en materia de seguridad del paciente, responde a las recomendaciones entregadas por la OMS.

Retos como, la necesidad de ampliar la visión, fortalecer conocimientos, políticas de seguridad, manejo de información y diseño de estrategias de capacitación, implementación y comunicación, que debe poder estandarizar y difundir las mejores prácticas asistenciales. Se unen a los desafíos que desde el 2005 se han venido desarrollando por la seguridad del paciente como una “prioritaria sanitaria clave” (7).

Perspectiva teórica

Cada referente teórico se centra a un interés y enfoque particular del cuidado. En relación a la problemática expuesta, la Teoría de la atención burocrática de Marilyn Anne Ray, se aplica de manera idónea y pertinente en la atención segura de los servicios de salud. La teoría de Ray propone la toma de decisiones guiadas por el cuidado espiritual ético del profesional de enfermería en correspondencia a las estructuras legales, políticas, económicas, tecnológicas y educativas. De igual manera, proporciona una única óptica de las organizaciones sanitarias (8).

Perspectiva del sujeto de cuidado

Para la medición. la muestra obtenida en el I periodo de 2019, fue de 194 pacientes, correspondiendo 91 a la IPS privada y 103 a la IPS pública. En el cuestionario de seguridad percibida en la atención sanitaria, al analizar la pregunta global de seguridad se observa que el 78% los pacientes afirmaron sentirse muy o bastante seguros durante la atención en salud. En el caso de la IPS privada se obtuvo un porcentaje del 82,42 y en el caso de la IPS pública correspondió el 72,82%, como se evidencia en la y tabla No. 1.

Tabla 1. Pregunta general sobre el grado de seguridad percibido.

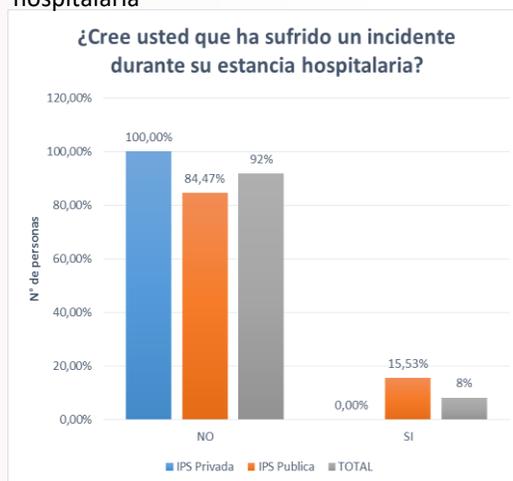
Grado de seguridad	IPS Privada	%	IPS Publica	%	TOTAL	%
Muy inseguro/a	1	1,10%	4	3,88%	5	3%
Bastante inseguro/a	4	4,40%	4	3,88%	8	4%
Ligeramente inseguro/a	0	0,00%	6	5,83%	6	3%
Ni seguro/a ni inseguro/a	3	3,30%	6	5,83%	9	5%
Ligeramente seguro/a	8	8,79%	8	7,77%	16	8%
Bastante seguro/a	22	24,18%	30	29,13%	52	27%
Muy seguro/a	53	58,24%	45	43,69%	98	51%
Total	91	100%	103	100%	194	100%

Fuente: Seguridad percibida en la atención sanitaria, IPS pública y privada, estudiantes III semestre enfermería, UFPS. 2019.

Por otra parte, la percepción de un menor nivel de seguridad en la pregunta general, por parte de los pacientes de la IPS privada obtuvo una puntuación de 5,5% y la IPS pública fue de 13,59%. Y en forma global en las dos IPS la percepción de un menor nivel de seguridad fue de 10%.

Con referencia a la pregunta ¿Cree usted que ha sufrido un incidente durante su estancia hospitalaria? Se observa que el 100% de los pacientes de la IPS Privada, y el 84,47% de la IPS pública responden negativamente. De manera global en las dos instituciones, como se evidencia en la gráfica, se obtiene el 92% una respuesta negativa. En la IPS pública el 15,53% da respuesta afirmativa a la pregunta planteada.

Gráfica 2. Incidente durante su estancia hospitalaria



Fuente: Seguridad percibida en la atención sanitaria, IPS pública y privada, estudiantes III semestre enfermería, UFPS. 2019.

Triangulación de los enfoques

Por lo anterior es de especial transcendencia la reflexión de las autoras, respecto a la necesidad de triangular las perspectivas desde el marco normativo, el referente teórico y la percepción del mismo sujeto receptor de la atención en salud, con el propósito de encontrar puntos convergentes que se entrelazan en torno a la seguridad del paciente.

Este cruce permite ilustrar en primer lugar, el comportamiento de los diversos factores legales, tecnológicos, educativos, entre otros, que contribuyen a argüir el desarrollo de un aspecto de la calidad de la atención en contextos hospitalarios. En segundo lugar, revela una trayectoria de la cultura de la seguridad del paciente en sus antecedentes normativos, teóricos e investigativos, preponderante para establecer medidas preventivas y correctivas que conlleven a dar respuesta a la problemática expuesta. En este sentido, «La cultura de seguridad del paciente refleja las percepciones de procesos, normas y actitudes relacionadas con una cultura de errores prevenibles compartidos por profesionales de la salud en la prestación de la atención».

A partir de la teoría de la atención burocrática, se identifica una similitud entre el cuidado espiritual-ético y el imperativo normativo de la resolución 123 de 2012 donde se expone la necesidad de brindar cuidado en salud teniendo en cuenta la participación del paciente en la toma de decisiones. Lo cual se evidencia en la seguridad percibida por los usuarios encuestados frente a la identificación de fallas durante su estancia hospitalaria.

El factor educativo, expuesto por Anne Ray se constituye en un factor fundamental al momento de prevenir o identificar oportunamente el incidente o evento adverso durante la atención en salud. Aspecto que se encuentra expresado en la normatividad buscando la participación del usuario y su familia en la seguridad durante la atención, en concordancia con lo que la OMS establece como una necesidad de ampliar la visión, fortaleciendo conocimientos, políticas de seguridad, manejo de información y diseño de estrategias de capacitación, implementación y comunicación, que debe poder estandarizar y difundir las mejores prácticas asistenciales. El hecho de ofrecer educación continua permite que el paciente perciba su cuidado como seguro, ya que se le informan los procedimientos, y los signos de alarma para poder dar aviso de manera oportuna y dar cumplimiento a las recomendaciones dadas por el personal, que efectivamente lo llevan a evitar los eventos adversos.

Los factores legales están relacionados con los soportes que sustentan que el cuidado ha sido brindado de manera segura, sean instituciones públicas o privadas, ellas están obligadas a informar al ente territorial, local, regional y nacional, acerca de los incidentes y eventos adversos que se presentan durante un período determinado. Lo anterior, incide directamente en la percepción que tiene el usuario, porque demuestra que la atención realmente está siendo ofrecida con seguridad, o está en un proceso de mejoramiento continuo.

Desde la perspectiva del usuario se limita la valoración de la seguridad en la atención en salud, dado que no tienen todos los criterios de evaluación normados en Colombia relacionados con el tema, por lo cual se hace necesario que el profesional en enfermería, aplique minuciosamente las normas el cuidado espiritual-ético como enfoque principal del servicio que ofrece.

CONCLUSIONES

El establecimiento de una metodología sencilla, que aplique de manera práctica elementos de investigación durante la atención de enfermería por parte de los estudiantes, les permite desarrollar un pensamiento crítico, en el cual, el sujeto de cuidado no solo recibe de manera mecánica, la ejecución de procedimientos de enfermería, sino que, durante la realización de los mismos, se permite el análisis de los elementos que influyen en que se realicen de manera segura. Además, le permite al estudiante evaluar si su ejercicio profesional es un factor de riesgo para los atendidos y como se puede mejorar de manera continua.

Para definir la seguridad del paciente, se deben tener en cuenta diferentes miradas, los requerimientos legales en los cuales se soporta el actuar profesional dentro del sistema de salud nacional, sin dejar de lado elementos teóricos, que incluyen factores educativos enfocados a la minimización del riesgo durante la atención, factores tecnológicos que buscan obtener los mejores resultados de la atención, pero teniendo en cuenta los riesgos asociados a su uso, y la disponibilidad de los mismos. Finalmente, los elementos espirituales y éticos de los profesionales en el momento de tomar decisiones frente a las actuaciones sobre sus pacientes.

La seguridad del paciente durante la atención en salud, según el análisis realizado se refiere a brindar una atención acertada y técnicamente bien ejecutada, y que la misma no represente un riesgo para la salud o la vida. La cual debe tener en cuenta aspectos como: los factores legales, tecnológicos, educativos, y aspectos espirituales- éticos; encontrándose formalmente reglamentados en Colombia, según las directrices establecidas por la OMS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bautista Rodríguez LM. La calidad en salud un concepto histórico vigente. Rev. cienc. ciudad. [Internet]. 30 de junio de 2016 [citado 15 de agosto de 2019]; 13(1):5-9. <https://doi.org/10.22463/17949831.731>
2. Pagina OMS. Diez datos sobre seguridad del paciente. [Consultado 15 de agosto de 2019] Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
3. Fajardo Ramos E, Henao Castaño ÁM, Vergara Escobar OJ. La investigación formativa, perspectiva desde los estudiantes de Enfermería. Revista Salud Uninorte. Barranquilla (Colombia), [Internet]. 2015 [Consultado 16 de agosto de 2019]; 31 (3): 558-564. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a12.pdf>
4. Linda T. Kohn; Janeth M. Corrigan and Molla S. Donaldson. To Err Is Human: Buildin a safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America. National Academy Press. Washington, D.C. 2000. [Citado 18 de agosto 2019]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14460_recurso_1.pdf
5. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios. Diseño y validación preliminar. Informes, Estudios e Investigación 2010, Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Madrid-España, 2009. [Consultado 10 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_validacion_cuestionario.pdf
6. Lineamiento para la seguridad del paciente. Ministerio de Salud en Colombia. [Consultado el día 26 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
7. Análisis de la acción global sobre la seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud. 144° Sesión del Consejo Ejecutivo. 2018.Consultado 12 septiembre de 2019. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_R12-sp.pdf
8. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Séptima edición. Elsevier. España, 2011. P.p. 113-136.

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DE CIRUGÍA CARDIACA EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE CÚCUTA

Milly Dianne cárdenas *
Debora Milena Álvarez Yáñez**

*Enfermera profesional. Correo: milly_diane@hotmail.com

**Enfermera especialista en cuidado crítico. Magister en práctica pedagógica. Docente de cátedra de la Facultad ciencias de la salud, programa de Enfermería - Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: deboramilenaay@ufps.edu.co. Cúcuta-Colombia

RESUMEN

Introducción: La enfermedad cardiaca constituye la principal causa de defunción en todo el mundo, afectan por igual a ambos sexos, aunque su presencia se incrementa significativamente con la edad, y la presencia de factores de riesgo. Teniendo en cuenta que la percepción del individuo frente a la situación de salud, está relacionada con el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, también con los objetivos y expectativas de vida. **Objetivo:** Describir la calidad de vida de los pacientes de cirugía cardiaca en una institución de alta complejidad en la ciudad de Cúcuta. **Materiales y métodos:** estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal. **Muestra:** estuvo conformada por 154 pacientes del programa de cirugía cardiaca en una institución de alta complejidad, que fueron operados en el año 2016. **Instrumento:** calidad de vida WHOQOL-BREF creado por la Organización mundial de la salud en 1996, para ser utilizado tanto en pacientes sanos como enfermos. **Resultados:** El 35.7% considera bastante buena su calidad de vida, la dimensión más afectada es la psicológica y la menos afectada la física, nivel de calidad de vida medio. **Conclusión:** el ser sometido a una cirugía cardiaca influye en la calidad de vida del individuo, varía de acuerdo a las condiciones físicas, sociales, económicas, personales y medioambientales bajo las cuales se encuentre el paciente al momento de sufrido el evento.

Palabras Clave: Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Cirugía Cardiaca, atención de enfermería

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de defunción en todo el mundo (1). Se estima que para el año 2030, casi 23.6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular. De acuerdo al Instituto Nacional de Salud, esta situación clínica es la primera causa de enfermedad en Colombia; así mismo, la principal causa de muerte en el país, Norte de Santander se encuentra entre los departamentos con mayor tasa de mortalidad por esta causa (2).

La cirugía cardiaca afecta al paciente en su dimensión física y psicológica; se han reportado casos de pacientes que después de procedimientos quirúrgicos de revascularización coronaria con resultados fisiológicos satisfactorios, describen una vida social limitada, baja autoestima, pérdida de placer en sus relaciones más cercanas, así como dificultades para regresar al trabajo (3).



La importancia de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la enfermedad cardiaca radica en la magnitud del problema de esta enfermedad en términos epidemiológicos y de asistencia sanitaria, así como en los aspectos psicológicos relacionados con ella que en ocasiones no son debidamente tenidos en cuenta por los clínicos (4).

OBJETIVOS

Objetivo General: Describir la calidad de vida de los pacientes de cirugía cardiaca en una institución de alta complejidad en la ciudad de Cúcuta.

Objetivos Específicos

- Caracterizar socio-demográficamente a la población sujeto de estudio.
- Determinar la salud física de los pacientes de cirugía cardiaca en una institución de alta complejidad en la ciudad de Cúcuta.
- Establecer la salud psicológica de los pacientes de cirugía cardiaca en una institución de alta complejidad en la ciudad de Cúcuta.
- Identificar las relaciones inter personales de los pacientes de cirugía cardiaca en una institución de alta complejidad en la ciudad de Cúcuta.
- Enunciar las condiciones del medio ambiente que rodea a los pacientes de cirugía cardiaca en una institución de alta complejidad en la ciudad de Cúcuta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en San José de Cúcuta (Colombia). La población estuvo integrada por pacientes sometidos a cirugía cardiaca en el año 2016 en una institución de alta complejidad, la muestra fue de 154 pacientes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se empleó el instrumento de calidad de vida WHOQOL-BREF creado por la Organización mundial de la salud en 1996 su confiabilidad y validez como instrumento fue demostrada en el contexto Latinoamericano y colombiano.

RESULTADOS

Los resultados se presentan de acuerdo con los objetivos establecidos en el estudio.

Características sociodemográficas

Se encontró, por distribución de género, que en un 73% de los participantes pertenecía al género masculino y en el 27% por el género femenino. La mayoría corresponde a población mayor de 50 años (88.3%), siendo el grupo más representativo el de 60 años o más (31.8%), frente al nivel de estudios el 48.1% de los pacientes hacen referencia a población con instrucción escolar en primaria, La mayor parte de estas personas están casadas o en unión libre; (72.1%).El 59.1% son personas pertenecientes a los estratos 1 y 2; el 31.2% pertenece al estrato 3 y un 9.7% al estrato 4.

Sobre la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes sobre su situación actual, el 35.7% considera que bastante buena, mientras que el 29.2% la clasifica como muy buena; y un 2.6% la considera regular, Frente a su estado de salud, el 21.4% de los pacientes se encuentra muy satisfecho, mientras que un 18.2% están poco satisfechos con su estado de salud actual, la mayoría de pacientes al momento de la entrevista llevaba más de un año con la intervención (73%); apenas el 27% llevaba menos de un año después de la cirugía.

Dimensión salud física

El ítem con mayor promedio corresponde a la energía suficiente para su vida diaria (3.76 ± 1.08), mientras que el ítem con menor promedio fue “que tanto necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria” (2.42 ± 1.11).

Dimensión salud psicológica

El mayor promedio fue “Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido” (3.76 ± 0.92), a diferencia del ítem “Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión”, el cual fue el de menor promedio en el grupo de pacientes (2.90 ± 1.36).

Dimensión relaciones interpersonales

Se analizaron tres interrogantes, siendo el de mayor puntuación promedio “Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos” (4.01 ± 1.04); mientras que con relación a su vida sexual, la puntuación promedio fue la menor dentro de la dimensión (2.90 ± 1.36).

Dimensión salud ambiental

La mayor puntuación promedio se observó frente al grado de satisfacción respecto al acceso a los servicios sanitarios y las condiciones del lugar donde viven estas personas (3.66 ± 0.99 , 3.60 ± 1.08 respectivamente), en cuanto que el ítem con menor promedio grupal fue el contar con el suficiente dinero para cubrir sus necesidades (2.99 ± 1.22).

DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos, la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes sobre su situación actual se considera en mayor medida como bastante buena. De manera que la mayoría de los pacientes tiene una apreciación muy positiva.

Frente a su estado de salud los pacientes se encuentran muy satisfecho o bastante satisfecho; contradiciendo lo encontrado por Vinaccia et al en 2015 quienes refieren que la dimensión de Salud General (SG), se percibe una valoración pobre o negativa en relación con el estado de salud actual (5).

Los pacientes del programa de cirugía cardíaca, en su mayoría del género masculino con un rango de edad predominante de 50 años. Estos resultados se asocian a los encontrados en el año 2014 por López et al el cual encontró que de los 30 pacientes que participaron 14 eran mujeres (46.6%) (6).

Frente al nivel de estudios de los pacientes estos cuentan con instrucción escolar en primaria, resultados similares halló en 2016 Medina et al donde el 83% no tenían estudios o solo primarios (7).

La mayor parte de estas personas tienen pareja esto coincide con lo hallado por Vinaccia et al en 2015 donde, más del 50% están casados o en unión libre (5).

La mayoría son personas pertenecientes a los estratos 1 y 2; estos resultados son similares a los hallados por García et al en 2014 donde el 37,5% de los encuestados estaban en un nivel (8).

Frente a la salud física de los pacientes se halló que tienen la suficiente energía, no necesitan de un tratamiento médico y el dolor físico que pueden llegar a presentar no es impedimento para realizar labores diarias, esto presenta contradicción con lo expuesto por Comín et al en 2016, donde los pacientes del estudio presentaron mayor incidencia de limitaciones en movilidad, dolor/malestar (9).

Los pacientes sometidos a cirugía cardíaca con respecto a su salud psicológica, expresan que hasta cierto punto su vida tiene sentido y que no presentan con frecuencia sentimientos negativos, similitud se presenta en lo hallado por López et al en 2014, donde en la categoría salud psicológica se obtuvo un puntaje de 2.61 antes de la operación y emocional 4.4 después de la mismas, demostrando que después de una intervención quirúrgica como la revascularización se mejoran los puntajes en dicha dimensión (6).

En cuanto a las relaciones inter personales de los pacientes se analizaron tres interrogantes, siendo el de mayor puntuación promedio Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos, con relación a la vida sexual, la puntuación promedio fue la menor, resultados similares fueron expuestos en 2014 por López et al donde encontraron que los puntajes de esta dimensión mejoraron después de la intervención quirúrgica (6).

En cuanto a las condiciones del medio ambiente, no se encontraron antecedentes los cuales relacionen si esta dimensión influye o no en la calidad de vida

CONCLUSIONES

Esta investigación permitió conocer las experiencias de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca en el año 2016 a través de un instrumento para medir la calidad de vida, los resultados permiten dar respuesta a los interrogantes propuestos al inicio del proceso.

Con relación a la caracterización de la población objeto, se puede concluir que los eventos coronarios que implicaron cirugía fueron padecidos en su mayoría por hombres y la edad predominante fue 50 años, así mismo la mayoría mantiene una relación de pareja estable y en su mayoría cuentan con cierto grado de escolaridad.

Al determinar cuál era el grado de salud física de estos pacientes se pudo visualizar que no consideran que el dolor les impida seguir adelante con sus actividades diarias o que este perjudique de algún modo su calidad de vida.

Al analizar salud psicológica de estos pacientes se puede determinar que el ser sometido a este tipo de cirugías interfiere positivamente ya que expresan que la cirugía cambio su forma de pensar, de ver la vida algunos lo consideran como una segunda oportunidad.

Con relación a las relaciones interpersonales los pacientes sometidos a estas cirugías expresan que su relación de pareja se perjudica sobre todo a nivel sexual.

Enunciar las condiciones del medio ambiente que rodea a los pacientes objeto de esta investigación fue el último interrogante por resolver, pudiéndose concluir que a pesar de que la mayoría de los entrevistados pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y cuentan con pocos recursos.

Finalmente, se concluye que el ser sometido a una cirugía cardíaca influye en la calidad de vida del individuo pero que esta varía de acuerdo a las condiciones físicas, sociales, económicas, personales y medioambientales bajo las cuales se encuentre el paciente al momento de sufrido el evento.

RECOMENDACIONES

A nivel investigativo

Realizar estudios de enfoque cualitativo, cuantitativo o mixto sobre la calidad de vida de las personas que pasaron por un evento coronario o fueron sometidos a cirugía cardíaca.

A nivel educativo

Incentivar la implementación de técnicas formativas con el fin de incrementaren la UFPS en su facusalud, investigaciones con personas que pasaron por un evento coronario o fueron sometidos a cirugía cardíaca, haciendo énfasis en la calidad de vida

A nivel profesional

Mejorar el diario vivir con el sujeto de cuidado, logrando que la recuperación de este sea pronta y pueda volver a convivir con su entorno sin preocuparse por las limitaciones que puede haber dejado este proceso.

A nivel institucional clínica san José

desde los servicios de hospitalización se incentive el mejoramiento de la calidad de vida del paciente posquirúrgico, mediante acciones como brindar confort adecuado.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Bogota: OMS; 2017. [Citado 8 de May 2017]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/
2. Quenguan J. Riesgos de las enfermedades cardiovasculares en Colombia. Bogotá: Bagatela 2015.
3. Castellero Amador Y. Intervención psicológica en cirugía cardíaca. Avances en psicología latinoamericana, 2007; 25(1). Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a6.pdf>
4. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev. Soc. Esp. [Internet]. 2014 [citado 8 de may 2017]; 11(8): 53-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004&lng=es
5. Vinaccia S, Quiceno J, Fonseca P, Fernández H, Tobón E. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. Act Colom Psic, [Internet]. 2015. [citado 8 de may 2017]; 9(2), 47-56. Disponible en http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/399
6. López A, Flores M, Trujillo C, Serrano J. Valoración de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia arterial crónica sometidos a procedimientos de revascularización en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE. MediGraphic [Internet]. 2014. [citado 8 de may 2017]; 42(2): 1-222. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexang/an-2014/an142a.pdf>
7. Rodríguez D. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica. Análisis desde la perspectiva de género. [Tesis Doctoral Dissertation]. Cádiz: Universidad de Cádiz 2016.
8. García H, Vera Y, Lugo L. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. RevFacNac Sal Púb [Internet]. 2014. [citado 8 de may 2017]; 32(1): 26-39. Disponible en: Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12029982004>
9. Comín J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo M, Manzano L, Enjuanes C. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC. RevEsp de Card [Internet]. 2016. [citado 8 de may 2017]; 69(3): 256-2271. Disponible en: <https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/26248/comin-rec-heal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



**EXPOSICIÓN
POSTERS**

ACTIVIDAD FISICA EN NIÑOS Y NIÑAS DE SAN GIL, SANTANDER-COLOMBIA

Diana Mayerly Vega Valdivieso*
Karen Yulianna Amaya Palacios**
Carenth Jinneth Lineros Florez***
Graciela Olarte Rueda****

*Estudiante Programa de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL. Correo: dianavega@unisangil.edu.co

**Estudiante Programa de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL. Correo: kamaya@unisangil.edu.co

***Estudiante Programa de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL. Correo: clineros@unisangil.edu.co

****Docente Programa de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL. Grupo ices. Correo: grueda@unisangil.edu.co

Resumen

Introducción: La obesidad y el sobrepeso son un problema de salud que en la actualidad está afectando en gran medida a los niños y niñas a nivel mundial y nacional. **Objetivo:** Determinar el nivel de actividad física que maneja la población escolar de 7 a 12 años en dos colegios del área rural y urbana de municipio de San Gil, para la prevención del sobrepeso y la obesidad; en el periodo 2018. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, el análisis de la información se procesó en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 24, se aplicó estadística descriptiva. **Resultados:** Se encontró que el 33,3% de los niños respondieron que hicieron actividad física 2 o 3 veces por semana, el 27,5% la realizaron 4 a 5 veces por semana, el 17,5% 6 a 7 veces por semana, 11,8% no realizaron ninguna actividad física y 9,8% 1 vez la última semana. **Conclusiones** Se identificó que los escolares realizan activada física durante la semana, se encontraron casos de sobrepeso y obesidad.

Palabras clave: Aumento de peso, estatura, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso son un problema de salud que actualmente afecta a muchas personas, pero en los últimos años se ha visto un incremento en los niños y niñas. Estos problemas de salud y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles (1). Para la Organización mundial de la salud - OMS (1) se define la obesidad como “una acumulación anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud”, a manera más fácil de identificar el exceso de peso es mediante el índice de masa corporal,” que es el resultado de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros al cuadrado (kg/m^2) (2).

El incremento de la obesidad infantil se ve acompañado de complicaciones que implican riesgos futuros en la salud y la calidad de vida en los escolares entre los 5 a 12 años de edad, las complicaciones más frecuentes que sufre esta población es el “síndrome metabólico, presión arterial alta, aterosclerosis, enfermedad del corazón, diabetes, niveles elevados de colesterol en sangre, distintos tipos de cáncer y trastornos del sueño entre otros”(3).

Por lo tanto, es importante el fomento de la actividad física como una de las estrategias para la reducción de estos problemas de salud, dado que tiene beneficios que contribuyen al bienestar de las personas, muchos estudios muestran que el deporte y actividad física son buenos para la salud y les permiten sentirse más a gusto consigo mismos; es decir, que afecta positivamente al bienestar integral del individuo (4).



En el año 2013 -2014 en “Santander el 27,0% de la población de 5 a 17 años se clasificó en sobrepeso y obesidad según el indicador del índice de masa corporal (IMC) para la edad”(5). Según sexo, se encontró que el sobrepeso fue mayor en mujeres, mientras que la obesidad fue superior en hombres”(6); actualmente en el municipio de San Gil no hay evidencias de estudios realizados con relación a factores predisponentes y tampoco estrategias que hayan dado resultados positivos en cuanto a la disminución de los índices de esta problemática.

De ahí la importancia de evaluar el nivel de la actividad física en los niños escolares de 7 a 12 años para medir su relación con el sobrepeso y la obesidad, y de esta manera desde el enfoque de enfermería diseñar estrategias que ayuden a la prevención y a la promoción de la salud en niños y niñas del Municipio de San Gil.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de actividad física que maneja la población escolar de 7 - 12 años en 2 colegios del área rural y urbana del municipio de San Gil, para la prevención del sobrepeso y la obesidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el municipio de San Gil, del departamento Santander en el periodo 2018, la muestra estuvo conformado 102 niños y niñas, la información se recolectó a través del cuestionario de actividad física para niños mayores PAQ-C.

El procedimiento para la recolección de los datos se estructuró en cinco etapas; la primera fue la solicitud y permisos para la aplicación del instrumento. En la segunda etapa se solicitó la autorización para firmar el consentimiento informado a los padres de familia o responsables de los niños y niñas, una vez firmado el consentimiento se procedió a la aplicación de encuesta y la toma de medidas antropométricas. Con un posterior análisis de los datos por medio de Microsoft Excel versión 2013, se procesó la información en el programa estadístico SPSS versión 24 por último, el diseño de una estrategia de prevención del sobrepeso y la obesidad basada en un plan de alimentación y ejercicios.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, este estudio corresponde a una investigación sin riesgo. Conto con la respectiva aprobación del comité ético de la fundación universitaria UNISANGIL en acta número 005-18.

RESULTADOS

Datos antropométricos

Respecto al peso para la talla se encontró que el 25,5% de los niños están con peso igual a la media (percentil 50), el 19,6% con un peso ligeramente por debajo de la media (percentil 25), el 18,6% con peso superior a la media (percentil 90) y el 11,8% estaba en el límite alto de peso (percentil 97), así mismo se encontró que el 38,2% tenían un IMC normal, el 20,6% en sobrepeso y el 6,8%, en obesidad.

Actividad física

Por otra parte, se encontró que el 34,3% caminaron como ejercicio 1 o 2 veces por semana, el 26,5% saltaron o corrieron 3 a 4 veces por semana, el 16,7% montaron bicicleta, saltaron y corrieron 5 a 6 veces por semana y el 18,6% de los niños saltaron o corrieron 7 o más veces por semana.

Se logró identificar que los días que más realizan actividad física son el día viernes con un 11,8%, el domingo 9,8%, el sábado 8,8%, el miércoles 6,9%, el lunes y martes 2,9% y el jueves 1,0%. Estos resultados están muy asociados a los días en los que tiene la clase de educación física.

En los últimos 7 días, el 66,7% de los niños y niñas antes y después del almuerzo se sentaron (hablando, leyendo, haciendo trabajos escolares), el 13,7% de los niños jugaron un poco, el 11,8% se mantuvieron parados o caminando por los alrededores, el 6,9% corrieron o jugaron bastante y el 1,0% corrieron o jugaron fuerte mucho tiempo.

En cuanto a si tuvieron alguna complicación de salud que les impidió realizar actividad física se encontró que el 91,2% no presentó ningún problema de salud y el 8,8% si tuvo alguna afección en su salud.

De acuerdo al último fin semana se encontró que el 38,2% de los niños realizaron actividad física 2 o 3 veces el último fin de semana, el 24,5% una vez, el 16,7% 4 a 5 veces, el 10,8% 6 o más veces y el 9,8% no realizó ninguna actividad física el último fin de semana.

DISCUSIÓN

El fomento de la actividad física es uno de los aspectos más importantes en la prevención de sobrepeso y obesidad por lo tanto el objetivo del presente estudio fue determinar el nivel de actividad física de los niños y niñas de 7 a 12 años con el fin de prevenir el sobrepeso y la obesidad.

En el estudio el 38,2% de los niños y niñas presentaron un IMC normal, el 34,3% en bajo peso, el 20,6% en sobrepeso y el 6,8%, en obesidad, comparado con el estudio de Acosta et al. (7) la relación Índice de Masa Corporal-sexo, nos indica que del 100% de participantes evaluados el 30% de niños y el 27% de niñas presentan un peso normal, el 5% de niños y el 8% de niñas presentan sobrepeso y solo 1% en niños presentan obesidad. En el estudio de Reyes (8) se encontraron datos muy similares de la prevalencia total de obesidad y sobrepeso en niños fue de 37.8%, es decir, 46 casos, (14.8%) niños se clasificaron con sobrepeso y 28 (23%) con obesidad. Estos resultados muestran que, si existe sobrepeso y obesidad, aunque no son porcentajes muy altos, son un problema de salud que se debe intervenir, para prevenir enfermedades crónicas a futuro.

Una de las formas para prevenir es a través de estrategias que ayuden a disminuir estas enfermedades que pueden afectar la salud de los niños y niñas de la población, Aguilar (9) en su estudio: Obesidad en el niño: Factores de riesgo y estrategias para su prevención, manifiesta:

“Es urgente la implementación de intervenciones educativas que contribuyan a disminuir el exceso de peso de la población peruana, con énfasis en niños y adolescentes, a través de la promoción de los estilos de vida saludables en el núcleo familiar, así como el consumo de alimentos saludables, mayor actividad física con disminución de actividades sedentarias y menor número de horas de uso de medios audiovisuales y adecuadas horas de sueño en la población en general. Estas estrategias deben de ser aplicadas en los colegios donde los niños pasan la mayor parte de tiempo”.

Según la organización mundial de la salud OMS (10) “Los niños y jóvenes de 5 a 17 años inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa”. En el estudio la actividad física que realizaron los niños y niñas en los último siete días de la semana fue del 39,2% respondió que a menudo (3 o 4 veces la semana pasada), el 26,5% respondieron bastante a menudo (5 o 6 veces la semana pasada) y el 20,6% a veces (1o 2 veces la semana pasada).

Dentro de la actividad que realizaron en su tiempo libre caminaron como ejercicio 1 o 2 veces por semana, saltaron o corrieron 3 a 4 veces por semana, montaron bicicleta y saltaron y corrieron 5 a 6 veces por semana y saltaron o corrieron 7 o más veces por semana. Esto coincide con la organización mundial de la salud la cual manifiesta que, para los niños y jóvenes de este grupo de edades, la actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias (11).

De acuerdo al tiempo en horas que pasan los niños y niñas al día frente a la pantalla de un computador fue de 2 a 6 horas, en el televisor de 2 a 4 horas y en videojuegos de 6 a 10 horas.

En los resultados anteriormente mencionados se puede evidenciar que el nivel de sedentarismo que están presentando los niños y niñas de la educación primaria, algo que preocupa teniendo en cuenta que esta conducta se relaciona con un mayor riesgo cardiovascular (12). Todo esto por el agravante de las nuevas tecnologías y un aumento del abandono de la práctica deportiva (16). De igual forma los niveles inferiores de aptitud física conlleva a que interactúen menos con su entorno (13). Y esto puede tener un “impacto negativo en su desarrollo conduciéndoles a niveles de habilidades motoras muy pobres (13).

Es una problemática que día a día está siendo más evidente debido a todos los cambios en los patrones socioculturales de la comunidad, así como el acceso a las tecnologías las cuales están influyendo en la inactividad física de los niños y niñas; por otro parte existen otros factores de riesgo que favorecen la aparición de sobrepeso y obesidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Del total de la población estudiada se encontró que la mayoría de los niños y niñas son de género femenino, estrato socioeconómico 2, pertenecen área rural y urbana.

De acuerdo al índice de masa corporal los niños y las niñas se encuentran en un índice normal, seguido de sobrepeso y finalmente un porcentaje menor en obesidad.

Los niños y niñas realizaron actividad física en su mayoría de 3 a 4 veces por semana, dentro de las actividades que más practicaron fue caminar, salta, correr y montar bicicleta, así mismo se encontró que los niños realizaron actividad física 2 o 3 veces en el último fin de semana.

REFERENCIAS

(1) Organización Mundial de la Salud OMS. Sobrepeso y obesidad infantil. [Internet]. 2014 [consultado septiembre 12 de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.

(2) Moreno L, Alonso M. protocolos diagnostico terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Obesidad. [Internet]. 2018 [consultado mayo 13 de 2019]; 319-323. disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/obesidad.pdf>

(3) Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia ENSIN [Internet]. 2015 [revisado noviembre 11 de 2018]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>

- (4) Ascencio J, Daza A, Jiménez M, Nájera Y, Suarez M. Estilos de vida saludable en adolescentes relacionados con alimentación y actividad física: una revisión integrativa. *Rev. Salud mov.* [internet]. 2016 [revisado octubre 19 de 2018]; 8(19):25-39. Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/saludmov/article/view/1619/1495>
- (5) Clavijo S, Plata V. Situación nutricional y perfil metabólico de la población de 0 a 17 años en Santander: estudio SALUS. [Internet]. 2017 [revisado octubre 10 de 2018]; 12(1):3-21. Disponible en: [http://observatorio.co/web/publicaciones/situacion nutri %20perfil metabolico estudio SALUS.pdf](http://observatorio.co/web/publicaciones/situacion_nutri_%20perfil_metabolico_estudio_SALUS.pdf)
- (6) Bodega P, Fajardo D, García B, García N, Garicano E, Mauro I, et al. Influencia de hábitos saludables en el estado ponderal de niños y adolescentes en edad escolar. *Nutrición hospitalaria.* [Internet]. 2015 [revisado octubre 17 de 2018]; 31(5):1996-2005. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n5/12originalobesidad04.pdf>
- (7) Acosta F, Medrano D, Duarte G, González R. Malos Hábitos Alimentarios y Falta de Actividad Física Principales Factores Desencadenantes de Sobrepeso y Obesidad en los Niños Escolares. [Internet]. 2017 [Consultado octubre 11 de 2018]. 54 (11):81-90. Disponible en: <http://148.210.132.19/ojs/index.php/culcyt/article/view/871/822>
- (8) Reyes J, García E, Gutiérrez J, Galeana J, Gutiérrez M. Prevalencia de obesidad infantil relacionada con hábitos alimenticios y actividad física. *Rev Sanid Milit Mex* [Internet]. 2016 [Consultado Febrero de 2019]; 70:87-94 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2016/sm161l.pdf>
- (9) Aguilar C. Obesidad en el niño: Factores de riesgo y estrategias para su prevención en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* [Internet]. 2017 [Consultado octubre 15 de 2018]; 34(1):113-8. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000100113
- (10) Organización mundial de la salud. OMS. La actividad física en los jóvenes. [Internet] 2018 [Consultado noviembre 5 de 2018]. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/
- (11) Díaz R, Aladro C. Relación entre uso de las nuevas tecnologías y sobrepeso infantil, como problema de salud pública. *Revista Enfermería Comunitaria.* [Internet]. 2016 [Consultado Abril de 2019]; 14(1):46-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5353331>
- (12) Castro S, Linares M, Sanromán S, Pérez A. Análisis de los comportamientos sedentarios, práctica de actividad física y uso de videojuegos en adolescentes. [Internet]. 2017 [Consultado Febrero de 2019]; 3(2):241-255. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/22766>
- (13) Cigarroa I, Carla S, Zapata R. Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana. *Universidad y Salud.* [Internet]. 2015 [Consultado febrero 18 de 2019]; 18(1): 156-169. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Igor_Cigarroa/publication/309601231_Efectos_del_sedentarismo_y_obesidad_en_el_desarrollo_psicomotor_en_ninos_y_ninas_Una_revision_de_la_actualidad_latinoamericana/links/5840544f08ae61f75dcee10b.pdf

AMBIENTE VIRTUAL PEDAGÓGICO: TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN LA ENSEÑANZA DEL CUIDADO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES ‡

Olga Marina Vega Angarita*

*Enfermera. Magister en Enfermería. Doctora en Educación. Docente titular, Universidad Francisco de Paula Santander. Grupo de Investigación de Cuidado de Enfermería. Correo: olgavega@ufps.edu.co

RESUMEN.

Introducción. El incremento desbordado de las enfermedades no transmisibles plantea la necesidad establecer mejoras en la formación y preparación de futuros profesionales de la enfermería. **Metodología** Da cuenta de las etapas seguidas en la construcción de la propuesta y virtualización del contenido en la plataforma de apoyo a la docencia (PLAD) de la Universidad Francisco de Paula Santander de la asignatura línea de profundización de cuidado al paciente crónico del Programa académico de Enfermería. Busca facilitar los procesos de aprendizaje de los estudiantes y el docente con incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs) como herramienta de apoyo pedagógico. Se encuentra en prueba de campo y ajustes del material. Con ello pretende medir la eficacia de su implementación en la comunidad académica de enfermería.

Palabras clave. Enseñanza, enfermería, tecnología, información, comunicación.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los retos derivados de un mundo globalizado transformado por la tecnología constituyen un compromiso ineludible de las universidades, de velar por la calidad y pertinencia de la formación académica.

La calidad supone el esfuerzo continuo de las instituciones para cumplir en forma responsable con las exigencias propias de cada una de sus funciones: docencia, investigación y extensión. La misma según el Consejo Nacional de Acreditación CNA (2103) se determina en el grado de cumplimiento de calidad en función de las características y de los factores que lo agrupan.

En el factor procesos académicos se hace implícito la importancia de ofrecer estrategias pedagógicas y didácticas acordes con las necesidades propias de los estudiantes: diversidad, intereses y talentos, y de evitar la uniformidad en el proceso formativo al otorgar múltiples medios para presentar información.

Al igual que en el ejercicio asistencial de la enfermería donde la individualización del cuidado es un elemento imprescindible; en el proceso formativo reconocer las particularidades cognitivas de los estudiantes en el ofrecimiento de alternativas pedagógicas adaptables a sus rasgos y necesidades es un aspecto fundamental.

Tal condición es aplicable con lo referido por Villalobos en el 2007, al señalar que: en este tercer milenio se exige terminar con el paradigma de la uniformidad, hoy es necesario reconocer estilos propios desde la dimensión de la atención personalizada con tono humano (1).

‡ Este inscribe en la línea de investigación cuidado crónico y paliativo del Grupo de Investigación de Cuidado de Enfermería (GICE), reconocido por Colciencias



Las (TICs) constituyen realidades posibles para la enseñanza del cuidado, al establecerse en lugares en el cual docentes y estudiantes pueden trabajar con fuentes que permiten dar sentido a formas de pensamiento y construir de manera reflexiva, soluciones en torno a diferentes problemáticas (2). Se definen como el conjunto de recursos, procedimientos y técnicas usadas en el procesamiento, almacenamiento y transmisión de información y su clasificación responde a la informática, telemática y multimedia (3).

De calzadilla citado por Cancino et al. (4), se retoman algunas ventajas que desde el punto de vista pedagógico, las TICs representan:

- Estimulan la comunicación interpersonal de todas las personas implicadas en el proceso educativo.
- Brindan acceso a información y contenidos de aprendizaje en la diversificación de recursos ofrecidos.
- Propician la postura de flexibilidad cognitiva al establecer en el usuario itinerarios particulares y recorrerlos según su gusto y necesidad.

La enseñanza del cuidado se realiza en distintos ámbitos institucionales, con contextos, características y elementos diversos que el docente debe considerar al planear su método de enseñanza orientado al aprendizaje significativo de los estudiantes. El tipo de contenidos que se seleccionen, la forma de abordarlos, la metodología empleada, las exigencias planteadas para la superación del curso, son elementos que tiene gran impacto formativo refiere Quiñonez, 2013. En la reciente literatura se ha señalado que los aprendizajes de los estudiantes son el indicador distintivo de la calidad de la educación (5).

Las (TICs) se consideran fuente importante de innovación en todos los campos del conocimiento y la ciencia, de forma particular en el ámbito de la salud. La Universidad Francisco de Paula Santander – UFPS han propiciado la incorporación de las TICs como herramienta de apoyo y acompañamiento al trabajo independiente del estudiante en proceso de aprendizaje a través de la Plataforma de Apoyo a la Docencia – PLAD de crear modelos educativos

El Programa de Enfermería como unidad académica de la Universidad Francisco de Paula Santander se materializa curricularmente a través de tres áreas de formación: Ciencias Básicas y Básicas Clínicas, Formación Complementaria y Formación Disciplinar Profesional. Esta última se organiza de primero a octavo en 8 asignaturas y cinco líneas de profundización.

La Línea de profundización de cuidado al paciente crónico I, es un curso teórico– práctico, de carácter secuencial y complementario, que permite al estudiante llevar a la práctica los conceptos teóricos en el cuidado la salud de las personas en situación de enfermedad crónica.

Pedagógicamente, proceso de aprendizaje se imparte de manera presencial y se complementa con objetos de multimedia ofrecidos por el PLAD a través de la plataforma Moodle; herramienta tecnológica que propicia entre otros, la flexibilidad del proceso educativo al superar límites de tiempo y espacio para el acceso a la información por parte del estudiante; donde la elección de cómo, cuándo y dónde estudiar queda a criterio del mismo.

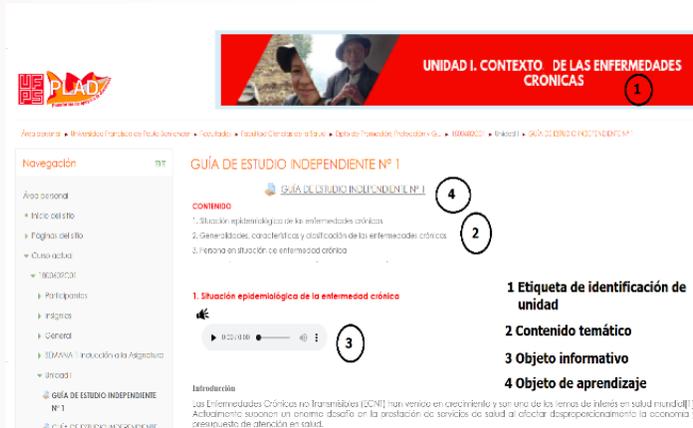
El presente trabajo describe las acciones seguidas en el diseño del contenido y virtualización de una propuesta de contenido del saber disciplinar profesional específico en su contribución por mejorar la calidad y la formación en la educación superior.

Pretende compartir el avance a una iniciativa académica liderado por un grupo de docentes del programa de enfermería, gestoras de la Línea de Profundización de cuidado al paciente crónico en reconocimiento de la importancia e impacto que tiene para los estudiantes la inclusión de un tema propio de la profesión y del efecto que las TICs ofrecen en el aprendizaje significativo de los estudiantes.

Objetivo. Dar a conocer el proceso seguido en el diseño y virtualización del contenido en la plataforma de apoyo a la docencia (PLAD) de la Universidad Francisco de Paula Santander de la asignatura línea de profundización de cuidado al paciente crónico del Programa académico de Enfermería.

Cada unidad es manejada a través de un menú (lado izquierdo); en ella se ofrece teoría de base y presenta la actividad de aprendizaje para la práctica y transferencia de lo visto. Da la opción de audiotexto en aquellos estudiantes con disminución de agudeza visual o con preferencia auditiva (figura 2).

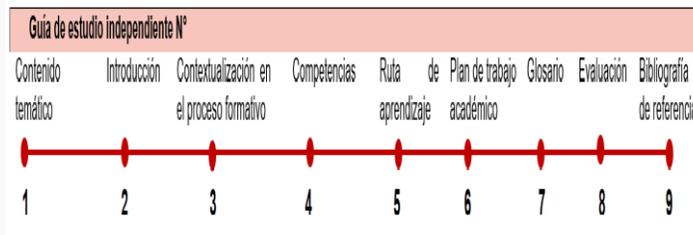
Figura 2: Pantallazo de unidades y guías de aprendizaje



Fuente. Elaboración propia, Pantallazo PLAD.

Cada guía se organiza de manera secuencial y progresiva a la intención pedagógica del tema (figura 3).

Figura 3: Matriz del contenido de la guía de trabajo independiente.



Fuente. Elaboración propia.

La aplicación de ejercicios pretende la valoración del aprendizaje alcanzado con pruebas de carácter formativo o sumativo que incluyen preguntas e indicaciones, y ofrece comentarios de retroalimentación y calificación obtenida (figura 4).

Figura 4. Pantallazo de verificación y retroalimentación de lo aprendido.



Fuente. Elaboración propia, Pantallazo PLAD.

Cargue del contenido en el aplicativo de apoyo a la docencia: integración y ensamblaje

En el portal institucional de la Universidad www.ufps.edu.co esta el enlace Divisist que aloja Moodle. Su ingreso es controlado bajo un usuario y una clave de acceso del cual los estudiantes matriculados en la asignatura le es habilitada.

CONCLUSIONES.

La evaluación continua del aplicativo es indispensable en la obtención de la calidad del producto, lo presentado corresponde a la versión de una propuesta que está en proceso de afinamiento para que cumpla con los criterios de calidad establecidos. Los comentarios y formulación de opiniones en la actuación de los estudiantes al utilizar el material han sido importantes en los ajustes pertinentes que este presenta al usuario. En la actualidad está registrado ante el grupo de investigación de Cuidado de Enfermería el proyecto tendiente a la medición de su eficacia, cuenta con el aval respectivo del Comité Curricular del programa académico para su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villalobos Pérez-Cortés, EM. "Educación y Estilos de Aprendizaje-Enseñanza". México: Publicaciones Cruz O., S.A. 2007
2. Moyano G. Propuesta tutorial de desarrollo de competencias: los cuidados intensivos en la enseñanza mediada por tics. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2018 Mar [citado 2019 Jul 13]; 15(1): 103-112. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.63277>.
3. Yáñez AC, Ortiz LS, Espinosa VE. Las tecnologías de la comunicación e información (TIC) en salud: un modelo para aplicar en la carrera de Enfermería. *Rev. iberoam. educ. investi. Enferm.* 2016; 6(2):29-36.
4. Cancino O, Loaiza N, Zapata M. Estilos de aprendizaje. Barranquilla: Universidad del Atlántico. 2007.
5. Duque M, Celis J, Diaz B, Gómez M. Diez pilares para un programa de desarrollo profesional docente centrado en el aprendizaje de los estudiantes. *Revista Colombiana de Educación*, 2014. (67), 107-124. Retrieved July 13, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-39162014000200006&lng=en&tlng=es.

ROL DEL DOCENTE SUPERVISOR EN LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS DEL ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA

Delfina Sánchez Roca*
Nancy Hernández Salas**

*Facultad Ciencias de la Salud, Programa Enfermería Magister en Enfermería, énfasis en Gerencia en salud. Universidad Popular del Cesar. Correo: delfinasanchez@unicesar.edu.co

**Vicerrectoría Académica. Enfermera, Magister en Enfermería, énfasis en Gerencia en salud. Universidad Popular del Cesar. Correo: nancyhernandez@unicesar.edu.co

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo describir el Rol, que desempeña el Supervisor de Prácticas, durante el proceso de formación de los estudiantes. El estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, con un diseño no experimental, transversal. La muestra estuvo conformada por 194 estudiantes de los semestres de cuarto a noveno, que realizan prácticas formativas en las diferentes IPS públicas y privadas. Para la obtención de los resultados se aplicaron dos encuestas; la primera, estructurada con once [11] preguntas de selección múltiple, con escogencia de una o varias opciones de respuestas y la segunda, constituida por cuarenta y tres [43] preguntas, tipo escala de Likert. Su validación se obtuvo a través del juicio de 3 expertos, para determinar la coherencia y pertinencia del instrumento, en relación con el tipo de preguntas, contenido, redacción y opciones de respuestas; para sugerir oportunidades de mejora en el diseño y construcción del instrumento. Además, de la prueba piloto, a fin de poder establecer la fiabilidad del proceso metodológico. Así mismo, la confiabilidad del instrumento, para establecer la estabilidad, seguridad y congruencia de la investigación. Entre los resultados más relevantes, se pudo concluir que, el 74,09% de los estudiantes, están Totalmente de Acuerdo y de Acuerdo, que en las prácticas formativas, el supervisor, desempeña su rol, durante el proceso de formación de los estudiantes; en virtud de que aplica el proceso administrativo; y un 25,9%, estuvo entre los ítems, Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo, en Desacuerdo y Totalmente en Desacuerdo, que el supervisor, desempeña su rol, en dichas prácticas.

Palabras clave: Rol, docente supervisor, estudiante de Enfermería, prácticas formativas.

INTRODUCCIÓN

La aplicación de las diferentes etapas de la gestión, en la supervisión educativa o del proceso de prácticas formativas por parte del docente supervisor, contribuyen a buscar soluciones a los problemas educativos, en forma oportuna, donde se coordine y estimule el desenvolvimiento del docente en la sociedad, a la cual pertenece, con la intención de sincronizar las acciones que circunscriben las actividades administrativas y su interacción con la supervisión.

El estudio de investigación, se propuso Identificar el Rol desempeñado por el Supervisor de Prácticas Formativas, durante el proceso de formación del estudiante; desde dos aristas: Las motivaciones que tiene el docente, para ejercer dicho Rol; y las acciones, realizadas por el Supervisor, durante la realización de las prácticas formativas.



MOTIVACIONES PARA EJERCER EL ROL COMO SUPERVISOR CLÍNICO Y COMUNITARIO

Apoyo en la formación

El supervisor de las prácticas formativas, dentro de las funciones que debe cumplir en su rol, se encuentra el apoyo en su formación; el cual, es considerado como el acompañamiento docente, que se realiza al estudiante, en la ejecución de sus prácticas clínicas o comunitarias, en su sitio o escenario de prácticas o fuera de ella; a fin de contribuir en un proceso de enseñanza aprendizaje de mejor calidad y un desempeño adecuado, autónomo en el estudiante capaces de tomar decisiones en lo educativo, personal y profesional.

Actualización de conocimiento

Es entendida como la aplicación de los avances del conocimiento a nuevos procedimientos de atención, debe ser una programación constante que genere motivación personal y redunde en beneficios del paciente.

El supervisor docente de las prácticas formativas en las áreas asistencial clínico o comunitaria dentro de su rol, debe implementar en la formación integral de sus estudiantes, actividades de actualización de conocimiento, acordes con los avances científicos, técnicos y normativos, que respondan a las necesidades o falencias con la finalidad de fortalecer su proceso de enseñanza aprendizaje y mantenerlo a tono con dichos avances; logrando así, mayor eficacia y efectividad en sus prácticas y por ende en su quehacer profesional.

Nuevas Experiencias

Las nuevas experiencias las adquiere el estudiante en la realización de sus prácticas formativas bajo el acompañamiento, guía y orientación del supervisor; a través, de poner en práctica el conocimiento teórico recibido durante su proceso de formación; esto le permite al estudiante, adquirir un conocimiento más completo.

Esta experiencia, se logra cuando existe una verdadera relación teoría – práctica; lo cual conlleva al docente a un aprendizaje significativo.

Para la adquisición de nuevas experiencias, el supervisor docente, debe implementar con sus estudiantes un proceso de enseñanza – aprendizaje dinámico, interactivo, que fomente la adquisición de nuevas experiencias, de acuerdo con sus necesidades, falencias, intereses y lineamientos curriculares; logrando así, conocimientos, habilidades, destrezas y valores, que le permitan una toma de decisiones responsable.

Vocación por enseñar

Es una tarea diaria, que busca generar un saber verdaderamente significativo y sobre todo, enseñar a cada alumno, a pensar y construir nuevos conocimientos.

La vocación docente, es cuando se trasmite amor por su profesión; claramente, es aquel que escucha, da consejos, fomenta los valores y siente placer, al compartir sus conocimientos y experiencias. Además, fomenta la capacidad crítica de sus alumnos, para el desarrollo de su discernimiento y la apropiación de sus propios juicios.

Prestigio de Enfermería

El supervisor de enfermería, acorde con la calidad de su desempeño académico, personal, profesional y ético, se convierte en un modelo a seguir para los estudiantes, los demás miembros del equipo de salud, servicios de enfermería e instituciones prestadoras; convirtiéndose en una enfermera (o) digna de respeto, aceptación y admiración, lo que conlleva adhesión, simpatía y promesa de éxito.

Fortalecer experiencias personales

El fortalecimiento de experiencias personales en el estudiante por parte del docente supervisor, se constituye en una estrategia pedagógica fundamental por cuanto a través de ella, se logra el desarrollo de competencias, referentes al ser, conocer, saber hacer, saber estar y saber convivir, lo que favorece la formación integral del estudiante para un mejor proceso de enseñanza – aprendizaje, desempeño personal y profesional.

ACCIONES QUE REALIZA EL SUPERVISOR PARA EJERCER EL ROL EN LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS.

La supervisión de la práctica formativa, a fin de lograr los objetivos planteados, requiere realizar procesos de planificación, organización, dirección y control, por cuanto orienta al docente, en su rol de supervisor, en la ejecución de las actividades prácticas; evitando así, la improvisación, en el desarrollo de las mismas.

La acción supervisora que ejercen los docentes en las prácticas formativas de los estudiantes tiene como propósito, ayudar a optimizar el funcionamiento de las instituciones, los procesos administrativos y mejorar la calidad de la educación considerando los ámbitos donde se desarrolla la supervisión.

En este sentido, los supervisores son los asesores pedagógicos y sustentan su trabajo en: a) planificación cuyo fin es aprovechar las oportunidades, b) organización donde se relacionan personas, c) coordinación para sincronizar las acciones, e) dirección donde se circunscribirá el ámbito de la interacción y f) control.

La Organización, como paso indispensable en el proceso de supervisión de las practicas formativas, por el docente, se constituye en la etapa del orden; conllevando al profesional de Enfermería, que desempeña su rol como supervisor, a conseguir orden de tipo social y material, priorización de las acciones, armonización o sincronización de los procesos; en coherencia, con los objetivos y recursos, para mejorar la calidad en las intervenciones de cuidado por los estudiantes, al paciente.

La Dirección, como paso clave, en el proceso de supervisión de las prácticas formativas de los futuros profesionales de Enfermería, es considerada como una etapa dinámica y humana, que aplica el supervisor, dentro de su rol, con un fin; conseguir los objetivos, que se han establecido obtener, en los procesos de atención a los pacientes; orientados y liderados por un docente supervisor, con calidad humana; quien tendrá que basar su supervisión directa e indirecta de los estudiantes, en su proceso de formación científico- técnico; a través, de una educación continua y permanente, en la motivación, el liderazgo, la toma de decisiones, el cambio tanto grupal como individual, el manejo de conflicto, el trato digno , las relaciones interpersonales y la comunicación principalmente; logrando así, un proceso de enseñanza aprendizaje humano; lo que favorece el proceso de formación.

La etapa del Control, en la supervisión de las prácticas formativas, que realizan los estudiantes en sus diferentes áreas de formación disciplinar; es de suma importancia, por cuanto, le permite a los docentes que cumplen con el rol de supervisor, proveer, corregir y cerciorarse si las actividades de cuidado que ejecuta el estudiante en la atención del paciente y otras actividades complementarias concuerdan con lo visto en la teoría y/o de acuerdo con lo estipulado en los protocolos de procedimientos del programa; de lo contrario, sería necesario hacer correcciones o ajustes a los errores que surjan durante el desarrollo de las prácticas asistenciales o comunitarias, para lograr una formación integral.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los seis criterios motivacionales operacionales investigados, en orden descendente, los estudiantes, opinan, que, en el ejercicio del rol como supervisor, los docentes, denotan con mayores porcentajes, los criterios de, vocación por enseñar y las nuevas experiencias, con porcentajes de 53% y 44% respectivamente, como prioritarios.

En menores porcentajes, identifican el apoyo que el docente brinda en el proceso de formación (38%), la actualización de conocimientos por parte del docente (37%) y el fortalecimiento a través de experiencias personales, con (36%); el menor porcentaje, lo presenta la contribución del docente al prestigio de enfermería, con (24%).

Los resultados descritos, guardan relación con algunas concepciones teóricas presentes en la investigación realizada por, Zambrano, Osejo y Tovar (2011), quienes expresan, como la práctica, genera expectativas e ideales en los estudiantes, quienes siempre esperan observar y poner en práctica el ideal conceptual recibido en el aula de clase; que no siempre, se da de una manera armónica.

Los estudiantes, demandan de sus docentes en las prácticas, motivación, acompañamiento, explicación de los procedimientos, confianza; y que el docente, se ponga en el lugar de ellos. Igualmente, el uso de un lenguaje cálido y familiar; iniciar de principiante a experto, de lo simple a lo complejo, de lo general a lo particular; que les permita a los estudiantes, disminuir el estrés y entender mejor aquello que ellos, quieren aprender a hacer y amar, la disciplina.

Con relación a las Acciones de Planificación, que realiza el supervisor en la práctica formativa, los resultados de la investigación arrojaron que, el 81,8% en promedio de los estudiantes, está Totalmente de Acuerdo y De Acuerdo, que el supervisor, previamente, si planifica y programa las actividades que ellos realizan durante el desarrollo de la práctica formativa; frente a un 18,2%, que no está Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo, En Desacuerdo y Totalmente en Desacuerdo.

La planificación de la supervisión docente, es una garantía, una guía que permite conocer las condiciones, los procesos y los alcances, tanto para el estudiante como para el docente. Es un punto de partida, que permite vislumbrar el lugar de llegada, y, precisamente porque enmarca el ambiente de aprendizaje, permite flexibilidad y creatividad eficaz.

De igual modo, mejora la calidad del proceso teórico-práctico, mediante la implementación de inducción, orientación, asesoría o acompañamiento, oportuno y continuo; que conlleva, a lograr resultados, en el proceso de enseñanza-aprendizaje teórico-práctico, de calidad. Así mismo, esta etapa, le permite al supervisor, prever las situaciones que se pueden presentar en el desempeño del estudiante.

En cuanto a las acciones de Organización, que realiza el supervisor en la práctica formativa, el 72,2% en promedio de los estudiantes, que están Totalmente de Acuerdo y De Acuerdo, consideran que el supervisor busca permanentemente oportunidades de aprendizaje, le proporciona los materiales y suministros necesarios, socializa a sus estudiantes la metodología a utilizar, concede autonomía al estudiante para el desarrollo de algunas actividades y procedimientos y provee un ambiente de aprendizaje favorable, donde se realizan las prácticas formativas, para lograr las competencias; mientras un 27,8%, refirió no estar Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo, En Desacuerdo y Totalmente en Desacuerdo

Para lograr el orden de tipo social y material, el supervisor, debe proporcionarle a sus estudiantes, durante su proceso de formación, autonomía, para el desarrollo de algunas actividades y procedimientos; la metodología a utilizar, durante el proceso de práctica formativa, oportunidades de aprendizaje, propiciar un ambiente de aprendizaje favorable y proporcionar los materiales y suministros necesarios, para que puedan desarrollar un proceso práctico, de calidad.

Con respecto a las acciones de Dirección, que realiza el supervisor en la práctica formativa, el 72,4% en promedio de los estudiantes, que están Totalmente de Acuerdo y De Acuerdo, consideran que el supervisor asume un rol de facilitador, guía y orientador; es lo suficientemente cualificado; posee capacidad para educar y facilitar el apoyo en el cuidado de enfermería;

posee conocimientos científicos, técnicos y normativos, claros y actualizados sobre la supervisión; brinda educación al equipo de acuerdo con las fallas detectadas; además, es asertivo, soluciona problemas, aplica principio y valores éticos; enseña y refuerza conocimientos teóricos y destrezas y habilidades; promueve la capacidad crítica, analítica y relaciones interpersonales; así mismo, es capaz de manejar conflictos, maneja el respeto mutuo, brinda orientación; las observaciones las hace en privado, es amable, motiva, articula la teoría y la práctica, responde a los interrogantes e inquietudes y reconoce al estudiante cuando realiza las actividades en el desarrollo de la práctica; mientras un 27,6%, refirió no estar Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo, En Desacuerdo y Totalmente en Desacuerdo.

En cuanto a las acciones de Control, que realiza el supervisor en la práctica formativa, el 72,4% en promedio de los estudiantes, que están Totalmente de Acuerdo y De Acuerdo, opinan que el supervisor analiza y evalúa en forma imparcial, objetiva e independiente, los sucesos acontecidos durante la práctica; desempeña una función mediadora y de acompañamiento; da a conocer diariamente los resultados del proceso y aplica acciones correctivas; es objetivo al realizar la supervisión directa e indirecta de su práctica; mientras un 27,6%, refirió no estar Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo, En Desacuerdo y Totalmente en Desacuerdo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el docente supervisor del programa de Enfermería, los estudiantes, perciben vocación por enseñar y nuevas experiencias en el ejercicio de su rol como motivaciones más frecuentes.

El supervisor planifica y programa las actividades que deben realizar sus estudiantes durante el desarrollo de las prácticas formativas, estableciendo objetivos, solicitando planes de práctica y la realización del plan de atención de Enfermería (PAE), el cual es revisado y evaluado. Orienta al estudiante para garantizar un buen desempeño en la prestación del cuidado de Enfermería.

La planificación de la supervisión como parte fundamental del sistema educativo, permite el logro de los objetivos y la calidad del proceso de la formación teórico – práctica.

La organización como etapa del orden, conduce al supervisor a la búsqueda de oportunidades de aprendizaje para lograr competencias en sus estudiantes, socializar la metodología durante el proceso. Además, concede autonomía a sus estudiantes para el desarrollo de procedimientos y sincronización de procesos durante la realización de las prácticas formativas para mejorar la calidad de las intervenciones de cuidado al paciente.

En el proceso de supervisión, el docente supervisor de las prácticas formativas asistencial clínica y ambulatoria, brinda orientación específica, promueve la capacidad crítica, analítica y el respeto mutuo. Además, es guía, facilitador de los estudiantes, motiva, incentiva, es amable, articula la teoría con la práctica, durante la realización de sus prácticas formativas. Además, educa a sus estudiantes.

En la etapa de control, el supervisor desempeña una función mediadora y de acompañamiento al estudiante, aplica medidas correctivas, evalúa, cuestiona, confronta, refuerza, promueve la autoevaluación y fomenta que el supervisado genere su propio desarrollo personal y profesional durante el proceso de práctica formativa. Está presente en el desempeño del estudiante para controlar el avance de las actividades planificadas.

REFERENCIAS

1. Escobar M, González E. Emociones y sentimientos durante las prácticas clínicas en el área de cuidado, de los estudiantes del programa de enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana – Medellín. Medellín, Colombia. 2011. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3755070>
2. Zambrano C, Osejo M, Tovar M. El cuidado pedagógico en las prácticas formativas de los estudiantes de Enfermería, desde el modelo constructivista. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. Pereira, Colombia

FACTORES RELACIONADOS AL CÁNCER GÁSTRICO EN UN MUNICIPIO DE SANTANDER, COLOMBIA

Graciela Olarte Rueda*
Juan José Ortiz Arguello**
Sergio Andrés Rodríguez Ruiz***

*Docente Programa de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL. Correo: grueda@unisangil.edu.co.

**Estudiante Programa de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL. Correo: juanortiz2@unisangil.edu.co.

***Estudiante Programa de enfermería. Fundación Universitaria de San Gil UNISANGIL. Correo: sergiorodriguez1@unisangil.edu.co

RESUMEN

Introducción: En la actualidad el cáncer gástrico sigue ocupando un lugar importante dentro de las causas de muerte a nivel mundial. **Objetivo:** Determinar los factores sociodemográficos y clínicos relacionados a cáncer gástrico en el municipio de San Gil 2018. **Metodología:** Es un tipo de estudio cuantitativo, diseño descriptivo transversal, la muestra estuvo conformada por 13 casos de personas con diagnóstico clínico e histopatológico de cáncer gástrico del municipio de San Gil- Santander residentes del área rural y urbano, el análisis estadístico de la información fue realizado en el programa estadístico Startical Product and Service Solutions versión 23.0. **Resultados:** El género más afectado fue la población masculina con un 61,5%, el rango de edad promedio de los participantes fue de 51 años con una edad mínima de 36 años y una edad máxima de edad 87 años, el 61.5% su nivel de escolaridad es primaria, en cuanto a los factores ambientales se encontró que el 69.2% consumieron alimentos salados, condimentados. **Conclusiones:** Se encontró que la mayoría de la población son de género masculino, residen casco urbano, dentro de sus ocupaciones fue más prevalente en amas de casa y conductores de transporte pesado. Los síntomas que más presentó la población a la hora del diagnóstico fue: pérdida de peso, hematemesis, dolor epigástrico y sensación de plenitud abdominal.

Palabras claves: etología factores de riesgo, mortalidad.

INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) el cáncer (CA) “es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células”. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo (2). En Colombia indica que “el cáncer es un problema de salud pública que causa 63,000 nuevos casos y 33,000 muertes cada año 3” (3).

El cáncer gástrico (CG) es “un tumor que tiene una alta prevalencia y mortalidad a nivel mundial” (4) .

Por lo tanto, es evidente que el cáncer gástrico es un problema de salud pública mundial, evidenciado por el aumento progresivo de la tasa de prevalencia, se debe considerar los factores de riesgo basados en la evidencia, especialmente conductuales que influyen en el desarrollo de la enfermedad, con el fin de analizar y comparar el contexto social y conductual del municipio si existen algunos de ellos.

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores sociodemográficos y clínicos relacionados a cáncer gástrico en el municipio de San Gil 2018.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal no experimental en el municipio San Gil Santander 2018. Se utilizaron las bases de datos de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico suministradas por las Instituciones prestadoras de salud (IPS) del municipio

La población estuvo conformada por 13 personas con estudio histopatológico de cáncer gástrico, el estudio se desarrolló en el periodo comprendido de enero a noviembre de 2018.

Se tuvieron en cuenta criterio de inclusión como pacientes mayores a 18 años con cáncer gástrico, pacientes que cuenten con estudio histopatológico de cáncer gástrico, pacientes que firmen el consentimiento informado. Para la recolección de los datos se utilizó el instrumento ajustado factores de riesgo y Manejo de cáncer gástrico. Las variables de análisis fueron: edad, sexo, procedencia, escolaridad, estado civil, ocupación, factores de riesgo (Genéticos, ambientales, Premalignos e infecciosos), y hallazgos clínicos (dolor epigástrico, vomito, pérdida de peso, hematemesis-melena, disfagia, sensación de plenitud abdominal, anorexia, masa abdominal palpable, adenomegalias, ascitis (5).

Este estudio conto con la respectiva aprobación del comité ético de la fundación universitaria UNISANGIL en acta número 005-18 cumpliendo con todos los requerimientos que exige la resolución 8430 de 1993 para la investigación en salud en Colombia. Esta investigación no desarrolla riesgos potenciales a los participantes.

RESULTADOS

Los principales resultados encontrados asociados al perfil sociodemográfico de la población, se observó que el rango de edad fue de 51 años con una mínima edad de 36 años y una máxima de 87 años, el género más afectado fue la población masculina con un 61,5% y en menor proporción el femenino con un 38,5%.

De acuerdo a los factores de riesgo en la población estudiada se encontró: En los factores genéticos se pudo evidenciar que el 69,2% tenían antecedente familiar de cáncer o pólipo gástrico, el 15,4% son de tipo de sangre A. Respecto a los factores ambientales: se encontró que el 69.2% consumieron alimentos salados, secos y ahumados, llevaron una dieta pobre en frutas y verduras con un 61,5%, el consumo de alcohol con un 61,5%. A si mismo otros factores ambientales como el antecedente de obesidad 23.1% y la ocupación 30.8%.

En los factores Pre malignos se observó que 46,2% presentaron Gastritis atrófica, metaplasma intestinal y displasia; el 15,4% Pólipos gástricos y en igual porcentaje Cirugías previas de estómago, por último, el 7,7% anemia perniciosa.

Dentro de los factores infecciosos se encontró que 15,4% presentaron en algún momento infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

En cuanto a los hallazgos clínicos la sintomatología más presentada de la población de estudio fue: la pérdida de peso de manera súbita con un 92,3%, dolor epigástrico con un 76,9%, hematemesis con un 61,5%, sensación de plenitud abdominal con un 61,5% y anorexia con un 61,5%, en cuanto a los signos como ascitis, masa abdominal palpable y adenomegalias ningún paciente de la población presentó estas manifestaciones.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los factores ambientales encontrados en la investigación como una dieta rica en alimentos secos, ahumados, salados y grasosos, dieta pobre en fruta y verduras, consumo de alcohol y tabaquismo, demostrándose que estos factores son más dominantes en el desarrollo de cáncer de gástrico.

Delgado et al (6) indica que “los alimentos ahumados ricos en grasas y conservados fue el factor ambiental más común para el progreso de cáncer gástrico con un 25% de la población, ya que tuvieron más factores de riesgo ambientales como fumar, alcoholismo, consumo de cafeína, exposición a sustancias tóxicas, por consiguiente, se demuestra que el entorno y la conducta es crucial para determinar un diagnóstico oportuno”.

Por otra parte, en los factores de riesgo Premalignos se identificó, gastritis atrófica, anemia perniciosa, las personas con esta enfermedad presentan un mayor riesgo de cáncer de estómago (7); a similitud con los factores de riesgo infecciosos solo el 15,4% de las personas tenían antecedentes de H. Pylori. Así mismo lo indica Correa (8) y Galvão (9), de igual forma Montoya (10) en su estudio encontró “gastritis crónica (40%); y en el adenocarcinoma de tipo difuso fue la gastritis crónica (40%)”. Según la OMS (11) “la bacteria Helicobacter pylori aumenta el riesgo de cáncer de estómago”, según Morales (12), el “10 a 20 % de los infectados durante su vida tendrán riesgo de desarrollar, úlceras pépticas y 1-2 % de tener cáncer gástrico”.

Una limitación de este estudio fue el reducido número de casos, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes son tratados en otra ciudad lo cual les obliga a trasladarse de residencia, sin embargo el aporte del presente proyecto es cambiar la perspectiva del trabajador en salud, a un modelo más integral en el abordaje del cáncer gástrico, incluyendo en la anamnesis determinantes como el perfil sociodemográfico que integre la ocupación, el nivel de escolaridad, el género y factores ambientales, dado que, como se evidenció, estos últimos, tienen relaciones más influyentes en el desarrollo de la patología en comparación de los factores genéticos, Premalignos e infecciosos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se encontró en el perfil sociodemográfico que la mayoría de la población del estudio fue de género masculino, las procedencias de la población en mayor cantidad fueron del casco urbano, el rango de edad fue de 51 años, dentro de sus ocupaciones las más prevalentes fueron el ser ama de casa y conductores de transporte pesado.

El consumo de alimentos salados, condimentados, el consumo de alcohol, una dieta pobre en frutas y verduras son factores que se presentaron, Así mismo otros factores en menor proporción como antecedente de infección por helicobacter pylori y gastritis atrófica se encontraron en la población de estudio.

La mayoría de los pacientes presentaban sintomatología clínica a la hora del diagnóstico, los hallazgos clínicos que más se presentaron fueron, la pérdida de peso, dolor epigástrico, hematemesis y sensación de plenitud abdominal.

REFERENCIAS

(1-2) Organización Mundial de la Salud. Cáncer. OMS. [Internet] (2018). [Consultado octubre 15 de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/cancer/es/>

(3) Bravo L, García L, Collazos P, Carrascal E, Ramírez O, Collazos T, et al. Reliable information for cancer control in Cali, Colombia. [Internet]. 2018 [Consultado septiembre 20 de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342018000100023

(4) Gómez MA, Riveros Vega JH, Otero W. Cáncer gástrico temprano vs avanzado: ¿existen diferencias? rev.univ. ind. Santander. Salud 47(1): 7-13 [Internet]. 2015. [Consultado septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343839277002.pdf>

(5) Valle JA. Factores de riesgo y manejo del Cáncer Gástrico en pacientes ingresados al Servicio de Cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense, Managua. [Internet]. 2017. [Consultado noviembre 10 de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/4307/>

- (6) Delgado D, Cisneros, Montoya M, González M. Comportamiento clínico-epidemiológico de los pacientes con cáncer gástrico en Servicio de Cirugía General. [Internet]. 2017. [Consultado agosto 20 2018]. Disponible en: <http://www.tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/paper/viewFile/97/55>
- (7-12) Morales D, Corrales S, Vanterpoll M, Avalos R, et al. Cáncer gástrico: algunas consideraciones sobre factores de riesgo y Helicobacter pylori. [Internet]. 2016. [Consultado marzo 12 2018]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n2/rme180218.pdf>
- (8) Correa S, Cardona F, Correa T, Correa L, García H, Estrada S. Prevalencia de Helicobacter pylori y características histopatológicas en biopsias gástricas de pacientes con síntomas dispépticos en un centro de referencia de Medellín. [Internet]. 2016. [Consultado septiembre 21 2018]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3377/337745613002.pdf>
- (9) Galvão I, Leal M, Tokiko O, Araújo M. El cáncer gástrico y factores asociados en pacientes hospitalizados. [Internet]. 2015. [Consultado septiembre 3 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112015000700041&script=sci_arttext&lng=en
- (10) Montoya M, Gómez R, Ahumadaa F, Marteloc A, Toro b, Pérez E, et al. Caracterización de 130 pacientes sometidos a gastrectomía por cáncer gástrico en el Instituto de Cancerología---Clínica Las Américas de Medellín. [Internet]. 2016. [Consultado octubre 14 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v20n2/v20n2a04.pdf>
- (11) Organización mundial de la salud. OMS. Prevención del cáncer. [Internet]. 2016. [Consultado marzo 22 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/prevention/es/>

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN UN COLEGIO DE CÚCUTA

Laura Carolina Sotaquira Salamanca*
Anjhy Lizbeth Valcarcel Colmenares*
Génesis Eggle Mogollón Bateca*
Nancy Liliana López Sarmiento*
Karoll Yerleiza Mogollón Gauta*

* Universidad de Pamplona-Facultad de Salud. Grupo de Investigación: El cuidar. Correo: Laurita_23_s@hotmail.com, Anjhy.val1995@gmail.com, Génesis_95_5@hotmail.com, Nliliana0529@gmail.com, Karollmogollon05@gmail.com

RESUMEN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario son patologías de origen multifactorial acompañado por un anhelo hacia la delgadez, el cual genera disturbios en la ingesta como en la restricción de alimentos, junto con atracones de comida y excesiva preocupación por la figura corporal y el peso. A nivel nacional no se tienen estadísticas certeras de estos trastornos, solo se cuenta con datos parciales obtenidos de investigaciones realizados por universidades e instituciones que combaten este problema, lo que conlleva a la detección tardía de los trastornos y a una inadecuada atención en salud de los mismos. Por lo anterior la investigación de los TCA y su relación con la percepción de la imagen corporal pretende analizar la relación entre las dos variables y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en los y las adolescentes de una institución educativa. La prevalencia del trastorno se presentó en mujeres 3.5:1 más que los hombres, con una frecuencia global de 37%, con 0.28% para anorexia nerviosa, 3.25% para bulimia nerviosa y 33.6% para trastornos no especificados. Para lo cual la investigación se enmarca en el modelo descriptivo, cuantitativo, correlacionar, empleando los instrumentos Eating attitudes test (EAT) para riesgo de trastornos alimenticios y el cuestionario Insatisfacción de la Imagen Corporal.

Palabras claves: Adolescentes, imagen corporal, Insatisfacción, peso, trastornos de la conducta alimentaria (TCA), percepción.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario son patologías de origen multifactorial acompañado por un anhelo hacia la delgadez, el cual genera disturbios en la ingesta como en la restricción de alimentos, junto con atracones de comida y excesiva preocupación por la figura corporal y el peso.

A nivel nacional no se tienen estadísticas certeras de estos trastornos, solo se cuenta con datos parciales obtenidos de investigaciones realizadas por universidades e instituciones que combaten este problema, lo que conlleva a la detección tardía de los trastornos y a una inadecuada atención en salud de los mismos.

La prevalencia del trastorno se presentó en mujeres 3.5:1 más que los hombres, con una frecuencia global de 37%, con 0.28% para anorexia nerviosa, 3.25% para bulimia nerviosa y 33.6% para trastornos no especificados.



La creciente preocupación por los trastornos alimenticios así como la aparición en edades más tempranas, generan inquietud y la motivación a investigar acerca de esta problemática psicosocial. Teniendo en cuenta; la presión social, la sobrevaloración de la figura como medio para lograr el éxito, la delgadez relacionada a la moda y los estigmas relacionados con la figura perfecta que conlleva a los jóvenes a regirse por ciertos parámetros para adaptarse a una sociedad y que cada vez va en aumento.

Por lo anterior la investigación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y su relación con la percepción de la imagen corporal pretende analizar la relación entre las dos variables y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en los y las adolescentes de una institución educativa. Para lo cual la investigación se enmarca en el modelo descriptivo, cuantitativo, correlacionar, empleando los instrumentos Eating attitudes test (EAT) para riesgo de trastornos alimenticios y el cuestionario Insatisfacción de la Imagen Corporal.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la percepción de la imagen corporal asociado al riesgo de trastornos alimenticios en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Cúcuta.

Objetivos específicos

- Evidenciar el grado de insatisfacción corporal que presentan los adolescentes
- Determinar el riesgo de trastornos alimenticios en los adolescentes.
- Establecer la relación entre los variables trastornos alimenticios e imagen corporal.

MARCO TEÓRICO

La imagen corporal es el resultado de una construcción multidimensional que expresa la imagen que forma la mente de nuestro cuerpo; indica el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta. Esta imagen corporal no está, por tanto, necesariamente correlacionada con la apariencia física real, por lo tanto, son claves al respecto las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo.

La imagen corporal que se va construyendo en la adolescencia, además de ser cognitiva, está integrada con valoraciones subjetivas y puede ser determinada socialmente, por lo cual para los adolescentes es muy importante el cómo son percibidos por los demás; partiendo de esto son capaces de tomar cualquier decisión que contribuya a mejorar su apariencia física, y evitar de esta manera sentirse excluidos, e incluso llegan al punto de desestabilizar su estado nutricional.

La distorsión de la imagen corporal en los adolescentes tiene un fuerte impacto sobre su alimentación y su estado nutricional, porque conlleva a malnutrición por carencia o por exceso.

Cuando una persona se siente insatisfecha con su imagen corporal, suele referir a una devaluación de su apariencia y a una preocupación excesiva por su cuerpo. En esta insatisfacción además de manifestarse los aspectos afectivos y cognitivos, se presentan aspectos perceptivos, que influyen en la valoración de su cuerpo. Las personas insatisfechas con sus cuerpos, tienden a ocultarlos, someterlos a dietas y ejercicios extremos, así como evitar situaciones sociales en donde puedan ser objeto de la mirada de otros.

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan principalmente a los adolescentes. Los cambios físicos y psíquicos son más notorios, siendo la inmadurez, el desarrollo de la propia identidad, los conflictos emocionales y la desorientación, variables que pueden actuar como factores predisponentes. El adolescente debe acostumbrarse y aceptar un nuevo cuerpo y definir su identidad, lo cual puede causar disconformidad y con esos cambios puede desarrollarse algún desorden alimentario.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, se la define como el comportamiento relacionado con los hábitos de la alimentación, la selección de los alimentos que se ingieren, en ella interviene factores como la fisiología del apetito y la saciedad aspecto socioculturales, aspectos familiares y alteraciones del apetito.

METODOLOGÍA

Investigación de tipo descriptiva, cuantitativa, correlacionar, ya que pretende determinar la percepción de la imagen corporal y su relación con los trastornos alimenticios en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Cúcuta, en el periodo comprendido entre septiembre a noviembre del 2018, se seleccionaron 875 estudiantes en un rango de edad comprendido entre los 12 a 19 años de los grados de séptimo a once, Para el estudio específico de los trastornos alimenticios, se escogió el cuestionario Eating attitudes test (EAT) y para la imagen corporal se utilizó el cuestionario INSATISFACCION DE IMAGEN CORPORAL (EECIA).

Método estadístico

La relación entre la escala insatisfacción de la imagen corporal y de trastornos alimenticios con las variables sociodemográficas se evaluó mediante la prueba de chi cuadrado de asociación, donde el nivel de significancia fue de 0.05. La Prueba de Chi Cuadrado Pearson se considera una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica (bondad de ajuste), indicando en qué medida las diferencias existentes entre ambas, de haberlas, se deben al azar en el contraste de hipótesis. También se utiliza para probar la independencia de dos variables entre sí, mediante la presentación de los datos en tablas de contingencia.

Aspectos Éticos

Según la Ley 911 del 2004 por la cual se dictan las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Para la realización del presente Proyecto de Investigación también se tuvo en cuenta la Ley 266 del 1996, donde se exponen los principios éticos de Beneficencia- No maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad que orientan la responsabilidad deontológica y profesional de Enfermería en Colombia. De acuerdo a lo anterior para la realización del Proyecto de Investigación se realizó un consentimiento Informado dado que la muestra de la población estaba entre un rango de edad de 12 a 19 años por lo cual se requirió la autorización de los padres para la aplicación de las encuestas, así mismo se le fue explicado la metodología y finalidad de la Investigación, con el fin de informar a los acudientes y contar con su permiso. También se tuvo en cuenta que no se pedirían nombres para mantener la confidencialidad de cada participante, evitando así juicios de valor.

RESULTADOS

A la aplicación y análisis los dos instrumentos utilizados demuestra que es posible presentar solo una alteración sin generar dependencia; es decir; se ha logrado evidenciar con la investigación que existe un riesgo de insatisfacción de la imagen corporal de 90,6% también presentan riesgo de TCA y riesgo de trastornos alimenticios con un 15,5% independiente de presentar alteraciones de la imagen corporal.

Tabla 1.

	ESCALA DE EVALUACION DE INSATISFACCION CORPORAL EN ADOLESCENTES	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS
N	240	240
Media	25,94	18,86
Desv. tip.	18,853	21,431
Mediana	18,00	10,00
Mínimo	3	0
Máximo	78	75

Tabla 2. CLASIFICACIÓN ESCALA "EEICA"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Con riesgo	53	22,1	22,1	22,1
	Sin riesgo	187	77,9	77,9	100,0
	Total	240	100,0	100,0	

Figura 1. Escala de evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes.

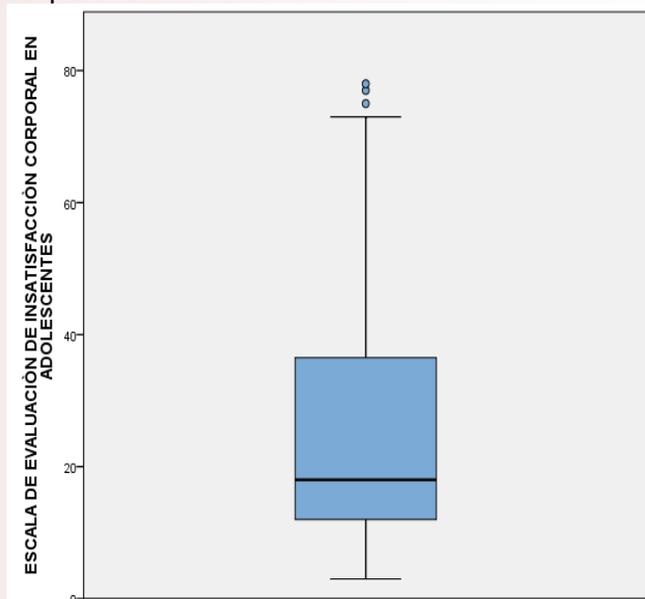


Figura 2. Test de actitudes alimentarias.

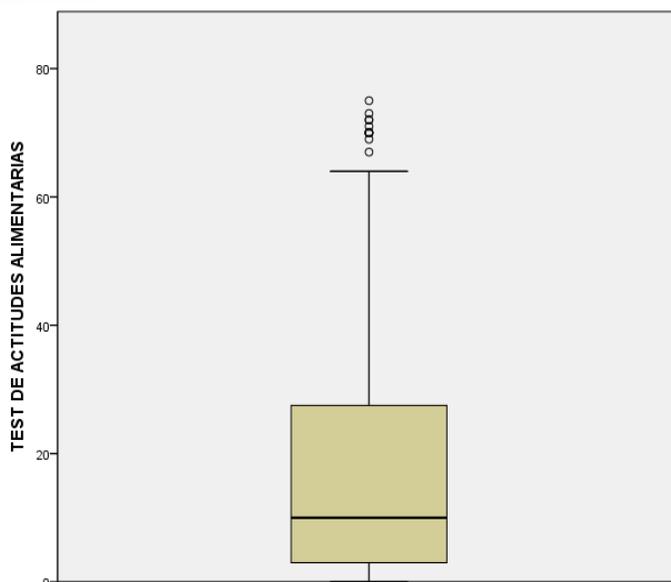
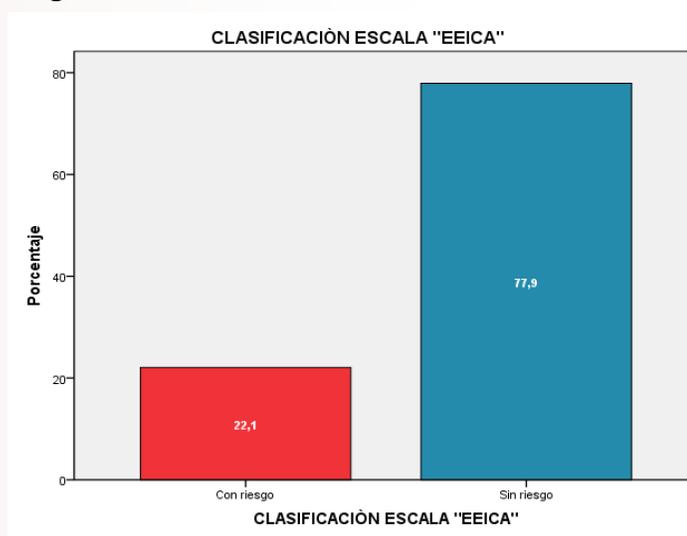


Figura 3. Clasificación escala "EEICA"



CONCLUSIONES

La relación entre las variables de trastornos alimenticios junto con la imagen corporal nos indica que el 90,6% de los estudiantes que se encuentran en riesgo de presentar insatisfacción de la imagen corporal tienen riesgo también de presentar una alteración en la conducta alimentaria, lo que corrobora la relación entre estos dos factores. Pero existen estudiantes que presentan riesgo de alguno de los dos factores independientemente de que el otro se presente o no, se resalta que aunque hubo mayor porcentaje en riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en comparación con la imagen corporal, son variables que están comúnmente relacionadas pero indica que si el estudiante no tiene insatisfacción con su imagen corporal no tendrá riesgo de algún trastorno alimenticio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ángel LA, Martínez LM, Gómez MT. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (T.C.A) en estudiantes de bachillerato. Revista de la Facultad de Medicina. 2008.
2. Vaquero R, Alacid F, Muyor J, López P. Imagen corporal; revisión bibliográfica. Nutrición Hospitalaria. 2013; 28(1):27-35,
3. Baquero L, Vianchá M, Pérez M, Avendaño B. Asociación entre Conducta Suicida y Síntomas de Anorexia y Bulimia Nerviosa en Escolares de Boyacá. Acta colomb.psicol. 2017; 20(2)178-188.
4. Constain GA, Rodríguez ML, Ramirez G, Gómez G, Mejía L, Cardona V. Diagnostic validity and usefulness of the Eating Attitudes Test-26 for the assessment of eating disorders risk in a Colombian male population. pubmed. 2017; 49(4):206-2013.
5. Heras D, Díaz F, Cruzat C, Lecaross J. Satisfacción con la imagen corporal en jóvenes chilenas de 15 a 25 años: en la línea de la prevención. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. 2017.
6. Portela de Santana ML, Costa H, Mora R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr. Hosp. 2012; 27(2).
7. Pérez MB. Percepción de la imagen corporal y su relación con el estado nutricional y emocional en escolares de 10 a 13 años de tres escuelas en Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte; 2016, 32(3):472-482.
8. Fajardo E. Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. rev. fac. med. 2017; 25(1).
9. Borda M, Celemín A, Palacio L. Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia). Revista Científica Salud Uninorte. 2015; 31(1).
10. Galafate SG. El impacto de los trastornos de la conducta alimentaria en hombres. [Tesis en internet]. España: Universidad De Jaén; 2017. Disponible en: http://tauja.ujaen.es/jspui/bitstream/10953.1/5976/1/Gallardo_Galafate_Sergio_TFG_Psicologia.pdf
11. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Rev. chil. nutr. 2016; 29(3):280-285.
12. Ibañez F. Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, en las adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Adventista Puno. Universidad Nacional de Altiplano; 2014.
14. Mejía Gutiérrez JJ. Trastornos y desordenes de alimentacion (anorexia y bulimia) en la juventud valdupareense, analizado desde los jovenes de los grados 10° y 11° del colegio alfonso lopez pumarejo y gimnasio del norte. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. 2013.
15. Cline M. Mayo Clinic. [Online]. 2017. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591>
16. Madruga Acerete D, Leis R, Lambruschini N. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; 2012.

CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON CONFUSIÓN AGUDA RELACIONADO CON ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Cesar Orlando Mejía Terán*
Edna Elizabeth Aldana Rivera**

* Semillero de investigación, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Simón Bolívar. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3914-9086>
Correo: cesarmejiateran2015@gmail.com

** Profesora-investigadora, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Simón Bolívar. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0265-7298>.
Correo: ealdana@unisimonbolivar.edu.co

RESUMEN

Introducción: se presenta estudio de caso clínico de paciente masculino de 55 años de edad, con diagnóstico de enfermería de confusión aguda relacionado con abuso de sustancias psicoactivas evidenciado por desorientación global más alucinaciones. Se crea la necesidad de conocer los factores que afectan la salud del individuo abarcando los paradigmas establecidos por la disciplina de enfermería; cuidado, persona, salud y entorno, integrando la teoría de los sistemas de Betty Newman. **Objetivo:** brindar cuidados de enfermería a paciente con confusión aguda relacionado con abuso de sustancias psicoactivas Barranquilla 2019-1. **Materiales y Método:** enfoque cualitativo, caso clínico tipo descriptivo, como metodología se aplicó el consentimiento informado regido bajo la resolución 008430 de 1993. También se realizaron intervenciones de enfermería basadas en la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, orientando el cuidado de enfermería con la teoría de Betty Neumann que permitió valorar al individuo desde una perspectiva holística para obtener los resultados esperados en la recuperación de la salud del paciente. **Resultados y discusiones:** estudios afirman que los síntomas como desorientación, alucinaciones y baja interacción social son evidenciados en los pacientes con el trastorno (confusión aguda), lo que coincide al realizarle el examen mental al sujeto. **Conclusiones:** Se ejecutó un plan de actividades con la implementación del Proceso de Atención de Enfermería contemplado en la taxonomía NANDA, NOC y NIC y la relación con la teoría de Betty Neumann en los metaparadigmas de la disciplina, siendo esto de mucha ayuda en el mejoramiento de la salud y calidad de vida del individuo.

Palabras claves: dependencia a drogas, trastornos mentales, trastornos relacionados con sustancias, atención de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El síndrome confusional agudo es un desorden caracterizado por alteraciones del nivel de conciencia y de atención, adicionalmente trastorno de otras funciones cognitivas como el déficit de memoria, desorientación, alteraciones del lenguaje, de la percepción y de la capacidad visuoespacial (1). Así como se ve reflejado en el examen mental realizado al paciente del presente estudio de caso clínico (Tabla 1).

El 40%-60% de los trastornos de confusión aguda es relacionado con el abuso de sustancias psicoactivas, siendo esta una pandemia, con difíciles métodos de prevención.

El consumo de sustancias psicoactivas o droga de abuso es toda sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos, capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento y susceptible de ser auto administrada” (2).



Ahora bien, se debe resaltar que el diagnóstico médico principal del paciente objeto de estudio del caso clínico es esquizofrenia, este último es un trastorno psiquiátrico sustentado en características que truncan la personalidad del individuo, además del egocentrismo, aislamiento social, pérdida de contacto con la realidad, ideas delirantes, y alucinaciones sensorio-perceptivas.

De esta manera se pretende abarcar al individuo objeto de estudio desde los paradigmas establecidos por la disciplina de enfermería; cuidado, persona, salud y entorno., integrando la teoría de los sistemas de Betty Newman.

OBJETIVO GENERAL

Brindar cuidados de enfermería a paciente con confusión aguda relacionado con abuso de sustancias psicoactivas Barranquilla 2019-1.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Caracterizar al individuo con su núcleo familiar a través de la aplicación de los instrumentos de salud familiar, para determinar la estructura y dinámica del sistema familiar, y la relación con su entorno.

Ejecutar un plan de actividades que permita Implementar el Proceso de Atención de Enfermería; fundado en la taxonomía NANDA, NOC y NIC que ayude con la contribución del mejoramiento en la salud del individuo.

Comprender las actividades de enfermería desde los fundamentos del modelo de Betty Newmann, así mismo implicar los metaparadigmas de enfermería en la atención brindada al paciente.

METODOLOGÍA CIENTÍFICA

Desde enfoque cualitativo, caso clínico tipo descriptivo con abordaje de un paciente masculino de 55 años de edad, con diagnóstico de enfermería de confusión aguda relacionado con abuso de sustancias psicoactivas evidenciado por desorientación global más alucinaciones. Como metodología se aplicó el consentimiento informado regido bajo la resolución 008430 de 1993.

También se realizaron intervenciones de enfermería basadas en la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, orientando el cuidado de enfermería con la teoría de Betty Neumann que permitió valorar al individuo desde una perspectiva holística para obtener los resultados esperados en la recuperación de la salud del paciente.

FASE DE DIAGNÓSTICO/VALORACIÓN

Tabla 1. Examen mental

EXAMEN MENTAL	
Porte y actitud:	-Buena presentación. -Camina por sus propios medios. -Saludo amable. -Facies triste. -Cicatriz en MSD por caída en estado de embriagues.
Conciencia:	-Alerta
Sueño:	Insomnio de reconciliación y terrores nocturnos.
Orientación:	Desorientado globalmente.
Atención:	Distractil.
Pensamiento:	Forma: ilógico. Curso: prolijidad. Contenido: ideas delirante de tipo persecutorias.
Sensopercepción:	Alucinaciones auditivas y visuales.
Lenguaje:	Oral: logorreico. Escrito: normal.
Afecto:	Atimia.
Memoria:	Alteración de la memoria lacunar.
Conducta motora:	Eupraxia.
Inteligencia:	Conservada.
Juicio y raciocinio:	Desviado. Introspección: no tiene conciencia de su enfermedad. Prospección: NULA

Fuente: elaboración propia de la investigación.

Tabla 2. Dominios alterados y diagnósticos.

Dominio alterado	Diagnóstico de enfermería
6:7 Rol/Relaciones	<ul style="list-style-type: none"> Código 00052 Deterioro de la interacción social R/C Alteración en los procesos de pensamiento E/P Aislamiento.
5: percepción y cognición	<ul style="list-style-type: none"> Código 00128 Confusión aguda R/C abuso de SPA E/P desorientación global más alucinaciones.

Fuente: elaboración propia de la investigación.

FASE DE PLANEACIÓN/EJECUCIÓN

Tabla 3. Planes de cuidados de enfermería.

PLANES DE CUIDADO		
Diagnóstico de Enfermería: Código 00128 Confusión aguda relacionado con abuso de sustancias psicoactivas más desorientación global.	Intervenciones: Manejo de las alucinaciones y orientación a la realidad.	-Fomentando una comunicación clara y abierta. -Animar al paciente a que desarrolle un control/responsabilidad de su propia conducta. -Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente (p. ej., proporcionar una explicación alternativa, evitar discutir y evitar intentos de convencer al paciente). -Ofrecer psicoeducación a la familia y los allegados respecto a fomentar la orientación de la realidad. -Administración de medicamentos antipsicóticos.
Evaluación: posteriormente a las intervenciones dirigidas al diagnóstico principal, el paciente logro pasar de una escala de 10 altamente comprometido con el diagnostico a 4 levemente comprometido.		

Fuente: elaboración propia de la investigación.

APORTES TEORICOS Y CONCEPTUALES MODELO Y TEORÍA DE ENFERMERIA

Tabla 4. Aplicación del modelo de los sistemas de Betty Neumann (metaparadigmas / líneas de defensa).

METAPARADIGMAS		Persona	Paciente con confusión aguda producto del consumo de sustancias psicoactivas, factor causante de una enfermedad mental.
		Entorno	
LÍNEAS DE DEFENSA	Normal	Enfermería	El espacio donde constantemente interactuamos con el paciente se une a su proceso de rehabilitación puesto que es el adecuado para fomentar las psicoterapias grupales que ayuden en evitar el aislamiento voluntario del mismo.
	Flexible		El manejo estricto y vigilancia del paciente está dado por las auxiliares de enfermería del servicio y estudiantes de enfermería de la universidad Simón Bolívar.
	Resistencia		A pesar de su labilidad emocional en situaciones, se torna un paciente comunicativo y colaborador, con conciencia de su introspección que conserva su y prospección. Los cuidados brindados por el equipo interdisciplinario todos no son satisfactorios, puesto que algunos suelen ser empáticos y otros no, según su criterio. A pesar de su enfermedad y sintomatología que controla, el cliente inicio con un sistema interno de Negentropia y tiene el espíritu de terminar con él, porque se ha sentido satisfecho con su estabilidad y bienestar.
			Se encontró en la línea de resistencia, puesto que el cliente estaba hospitalizado en su etapa de rehabilitación con adherencia adecuada al régimen terapéutico prescripto.

Fuente: elaboración propia de la investigación.

RESULTADOS/DISCUSIÓN

Herdman T.5 explica sobre la confusión aguda llevándolo a la unión del cuidado, apoyo y tratamiento farmacológico puesto que son bases fundamentales para el tratamiento de la confusión aguda.

A su vez, Restrepo D.6 define que el uso de las medidas no farmacológicas sería una medida positiva en el ámbito costo-efectivo debido a que sería un ahorro para la institución en la parte del costo y efectiva porque se pueden implementar otras opciones como terapias.

Se resalta lo descrito anteriormente por los que en un 70% de las intervenciones en el sujeto objeto de estudio fueron con medidas no farmacológicas, como son las terapias psicosociales, las cuales ayudaron al individuo a mejorar su estado de salud y calidad de vida, claro está empleando el método farmacológico en el porcentaje requerido.

CONCLUSIÓN

Por medio de la aplicación de los instrumentos de salud familiar, se conoció la estructura y dinámica del sistema familiar del individuo y la relación con su entorno, siendo esta una familia extensa con un ciclo vital de extensión completa.

Se ejecutó un plan de actividades con la implementación del Proceso de Atención de Enfermería contemplado en la taxonomía NANDA, NOC y NIC y la relación con la teoría de Betty Neumann en los metaparadigmas de la disciplina, siendo esto de mucha ayuda en el mejoramiento de la salud y calidad de vida del individuo. Permitiendo que el mismo pasara de una escala de 10 altamente comprometido con el diagnóstico a 4 levemente comprometido reflejado en la Tabla 2 y 3. Evidenciándose en la aplicación del modelo de Betty Neumann una línea de defensa de resistencia que paso a la línea normal de defensa gracias a las actividades de cuidado realizadas y a su sistema interno de Negentropía como se evidencia en la Tabla 4.

RECOMENDACIONES

Desde la práctica de enfermería

Continuar con la realización de estudios de casos clínicos, teniendo en cuenta las visitas domiciliarias e involucramiento de la familia para la recuperación de uno de sus miembros.

Desde la investigación

Que los estudios de caso clínico sigan aportando a las publicaciones investigativas en bases de datos indexados y al alcance de los aprendices.

Desde la teoría

Brindar la oportunidad de ampliar la escogencia de los modelos y/o teorías de enfermería para guiar un asertivo cuidado de enfermería al individuo y su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Santiago AP, Barragán Martínez D, Tejeiro Martínez J. Protocolo diagnóstico y terapéutico del síndrome confusional agudo. *Medicine*. 2019; 12(74):4371.
2. Martínez Gras I, Martínez Raga J, Á Jiménez Arriero M, Rubio Valladolid G. Consumo adictivo de sustancias psicoactivas. *Medicine*. [Internet]. 2011; 10(86):5791–9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412\(11\)70179-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412(11)70179-2)
3. Erazo O. Factores cognitivos y neuropsicológicos en la decisión para el consumo de drogas. Elementos a tener en cuenta en la terapia psicológica. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2018; 37(5):463-473.
4. Puentes P, Acosta J, Cervantes M. Neuropsicología de las funciones ejecutivas [Internet]. 2015. Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/edicionesUSB/>
5. Herdman, T. NANDA International Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: 2012.
6. Restrepo Bernal D, Niño García JA, Ortiz Estévez DE. Delirium Prevention. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 9]; 45(1):37-45. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502016000100007&script=sci_arttext&tlng=en

FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE SIFILIS CONGÉNITA EN NIÑOS GESTANTES DIAGNOSTICADOS CON SIFILIS GESTACIONAL

Michael Steven Herrera Leiva*
Laura Carolina Sotaquira Salamanca*
Andrés Fernando Ortiz Hernández*
Franklyn Enrique Rivera Demoya*
Leidy Esmeralda Toloza *

*Estudiantes de Enfermería, Universidad de Pamplona, Cúcuta. Correo: michaleiva@hotmail.com, Laurita_23_s@hotmail.com, andreshernandez289@gmail.com, franklyn9514@hotmail.com, leidyesmeralda0424@gmail.com.

RESUMEN:

Introducción: Dentro de las enfermedades de transmisión sexual más representativas se encuentra la sífilis, enfermedad que suele afectar a las mujeres en edad fértil y reproductiva al igual que los productos de su gestación, razón por la cual los programas de salud según lineamientos de la OMS brindan atención preferencial a este grupo poblacional. El impacto que tiene la sífilis para la salud pública es la capacidad de transmisión de la mujer gestante infectada a su producto, durante cualquier etapa del embarazo, originando elevadas tasas de mortalidad perinatal e infantil en aquellos lugares donde persisten niveles altos de prevalencia de infección treponémica. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la incidencia de sífilis congénita en productos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en IPS de primer nivel durante el año 2018 y primer trimestre del 2019 en la ciudad de Cúcuta. **Materiales y métodos:** Se realiza un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, correlacional, retrospectivo. La población está conformada por los pacientes reportados al SIVIGILA como caso confirmado de Sífilis congénita, productos de gestantes con Sífilis gestacional, en IPS de primer nivel durante el año 2018 y primer trimestre del 2019 en la ciudad de Cúcuta. **Resultados:** Los resultados de este estudio muestran que todavía se puede evolucionar mucho más para alcanzar la meta de la OMS de eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública. La proporción de sífilis congénita encontrada fue de 36,4% y los análisis apuntaron a diversas variables asociadas a su ocurrencia tales como edad, estrato, la asistencia al control prenatal, la edad gestacional en el momento del diagnóstico y el tratamiento que recibieron las gestantes. **Conclusiones:** Al relacionar las variables sociodemográficas y los factores asociados a la incidencia de sífilis congénita en los productos de gestantes incluidas en el estudio se logra evidenciar significancia estadística con valores de p menores a 0,05, en cuanto a la asistencia al control prenatal, la edad gestacional del primer control prenatal y el respectivo diagnóstico, el tratamiento adecuado y el número de dosis de Penicilina Benzatinica recibidas antes del parto, actuando como factores protectores o de riesgo según sea su cumplimiento.

PALABRAS CLAVE: Sífilis congénita, Sífilis Gestacional, factores asociados.



INTRODUCCIÓN

Una de las principales causas de morbilidad en el mundo son las infecciones de transmisión sexual, las cuales tienen consecuencias económicas, sociales y sanitarias relevantes en el sistema de salud. Dentro de las enfermedades de transmisión sexual más representativas se encuentra la sífilis, enfermedad que suele afectar a las mujeres en edad fértil y reproductiva al igual que los productos de su gestación, razón por la cual los programas de salud según lineamientos de la OMS brindan atención preferencial a este grupo poblacional. El impacto que tiene la sífilis para la salud pública es la capacidad de transmisión de la mujer gestante infectada a su producto, durante cualquier etapa del embarazo, originando elevadas tasas de mortalidad perinatal e infantil en aquellos lugares donde persisten niveles altos de prevalencia de infección treponémica (1).

La probabilidad de infección fetal es cercana al 70% si la madre se encuentra en las fases primaria o secundaria de la enfermedad pero se reduce al 30% durante las etapas tardías de la infección materna (sífilis latente tardía y terciaria) y se estima que dos terceras partes de los embarazos en mujeres infectadas por *treponema pallidum* resultan en sífilis congénita, muerte fetal o aborto espontáneo (1).

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que alrededor de 12 millones de nuevos casos de sífilis ocurren cada año en el mundo en la población adulta, 90% de ellos en países en desarrollo. La situación epidemiológica actual a nivel global de la sífilis, suele ser muy variable, su magnitud se está incrementando aún en lugares donde se le consideraba bajo control, como en algunas regiones de Europa oriental y occidental, en las que se observa incremento de la incidencia en años recientes. Aunque en la mayor parte de los países existe la política de ofrecer pruebas de diagnóstico para sífilis y tratamientos gratuito a las gestantes que resulten positivas, la realidad es bien diferente, pues se conoce que en grandes regiones del mundo esto no sucede así. Para Latinoamérica y el Caribe el estimado de la incidencia anual de casos de sífilis en población adulta es de 3 millones (2).

Por ello es importante contrastar el elevado nivel resolutivo y de costo-beneficio que puede obtenerse con la implementación de planes y programas adecuados para su prevención y control. Estas actividades deberán integrarse a intervenciones destinadas a prevenir la morbilidad y mortalidad fetal, neonatal y la evaluación de su ejecución. Dentro de los hallazgos encontrados en los casos de sífilis congénita como problema en salud pública se destaca la falta de compromiso por parte de los profesionales de salud en el seguimiento de las gestantes con diagnóstico de la sífilis la cual lleva a consecuencias graves lo que requiere aumento en las coberturas de programas de prevención, disminución de barreras para el acceso a los servicios de control prenatal y aumento en la educación relacionada con las infecciones de transmisión sexual (3).

Por lo anterior la presente investigación tenía como fin realizar un estudio con enfoque cuantitativo, tipo de estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo, donde se realizará una revisión de historias clínicas y reporte generados por el SIVIGILA para evidenciar los factores asociados a la incidencia de sífilis congénita en productos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en IPS de primer nivel durante el año 2018 y primer trimestre del 2019 en la ciudad de Cúcuta.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los factores asociados a la incidencia de sífilis congénita en recién nacidos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en IPS de primer nivel durante el año 2018 y primer trimestre del 2019 en la ciudad de Cúcuta.

Objetivos específicos

- Caracterizar las variables sociodemográficas de las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en IPS de primer nivel.
- Relacionar las variables sociodemográficas y los factores maternos asociados con la presencia de sífilis congénita en productos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Tipo de estudio:

Investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacionar, transversal, retrospectivo donde se evaluó los factores asociados a la incidencia de sífilis congénita

Población y Muestra

La población está conformada por los pacientes reportados al SIVIGILA como caso confirmado de Sífilis congénita en Instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel durante el año 2018 y primer trimestre del 2019 de la ciudad de Cúcuta.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, y se realizó una comparación entre los grupos de madres con y sin transmisión vertical de sífilis.

DATOS

La información individual se tomo de los archivos planos producidos por el SIVIGILA respecto a la notificación de los de eventos de interés en salud pública, que contenían la información materna al igual que la del recién nacido, diagnosticados con sífilis con sífilis gestacional y congénita; de igual manera el análisis de los datos se realizo con el paquete estadístico SPSS versión 24. Se realizó un análisis univariado, donde se calcularon medidas de frecuencia absoluta y relativa a las variables cualitativas y medidas de resumen para las variables cuantitativas. Se realizó seguidamente un análisis bivariado a través de la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar la asociación entre variables de interés y la incidencia de la sífilis congénita en productos de gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional en IPS de primer nivel de la ciudad de Cúcuta, se consideró asociación estadística con valores p menores de 0,05.

VARIABLES

Independiente: Diagnóstico de Sífilis Congénita

Dependientes: Edad, Estrato, Nacionalidad, Grupo poblacional, Control prenatal, Edad gestacional del primer control prenatal, Diagnostico en el embarazo actual, Se administró tratamiento a la gestante, Penicilina benzatínica - número de dosis recibidas antes del parto.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se registraron al sistema de vigilancia epidemiológica un total de 422 casos de sífilis gestacional, evidenciándose que el 34.6%(126) presentó transmisión vertical a sus hijos.

Tabla 1. Comparación de promedios para la variable “edad”

Madre de RN con sífilis congénita	N	Media	ds	prueba tstudent	valor p
Si	146	22,26	5,64	-4,31	0,00

Las madres cuyo RN presentó sífilis congénita tiene una edad significativamente menor a las madres sin transmisión vertical ($p < 0.01$). El promedio en madres de RN con sífilis congénita fue 22.3 ± 5.6 años, mientras que en madres sin transmisión vertical fue 25 ± 6.6 años.

Tabla 2: Transmisión vertical de sífilis según estrato socioeconómico

Estrato socioeconómico	Transmisión vertical de sífilis		Total n = 422	Valor p
	Si n = 146	No n = 276		
1	3,4%	34,1%	23,5%	0,000
2	96,6%	59,4%	72,3%	
3	0,0%	4,3%	2,8%	
4	0,0%	1,4%	0,9%	
5	0,0%	0,0%	0,0%	
6	0,0%	0,7%	0,5%	

Al analizar el comportamiento de los casos de transmisión vertical de sífilis según el estrato socioeconómico, se pudo determinar que la mayoría corresponde a los estratos 1 y 2, siendo esta situación significativamente más representativa en madres con RN con sífilis congénita ($p < 0.01$).

Tabla 3. Transmisión vertical de sífilis según nacionalidad

Nacionalidad	Transmisión vertical de sífilis		Total	Valor p
	Si n = 146	No n = 276		
Colombia	0,0%	92,8%	60,7%	0,00
Venezuela	100,0%	7,2%	39,3%	0

El 100% de los casos de transmisión vertical de sífilis corresponde a población de nacionalidad venezolana; en madres diagnosticadas con la enfermedad, pero sin transmisión vertical, la proporción de mujeres venezolanas fue del 7.2%. De manera que se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la nacionalidad ($p < 0.01$).

Tabla 4. Condiciones poblacionales especiales

Grupo poblacional especial	Transmisión vertical de sífilis			
	Si n = 146		No n = 276	
	Casos	%	Casos	%
Discapacidad	0	0,0	0	0,0
Desplazados	0	0,0	3	1,1
Migrantes	144	98,6	50	18,1
Grupo carcelario	1	0,7	0	0,0
Indigentes	1	0,7	6	2,2
Población infantil del ICBF	0	0,0	2	0,7
Desmovilización	0	0,0	2	0,7
Población psiquiátrica	0	0,0	2	0,7
Víctima de violencia armada	0	0,0	2	0,7
Otros	1	0,7	49	17,8

Dentro de las condiciones poblacionales especiales de las gestantes, imperan la migración (98,6%), la indigencia (0,7%) y la población que se encuentra en un grupo carcelario (0,7%) en madres las cuales sus hijos fueron diagnosticados con sífilis congénita.

Tabla 5. Transmisión vertical de sífilis según realización de control prenatal

Control prenatal	Transmisión vertical de sífilis		Total	Valor p
	Si n = 146	No n = 276		
Si	58,2%	87,0%	77,0%	0,000
No	41,8%	13,0%	23,0%	

Se logró determinar asociación estadísticamente significativa entre la ausencia de controles prenatales y la transmisión vertical de sífilis ($p < 0.01$); el 41.8% de los casos de transmisión vertical corresponden a gestantes que no asistieron a controles prenatales. La mayoría de los casos de sífilis gestacional sin transmisión vertical fueron gestantes que sí acudieron a control prenatal (87%). De manera que los controles prenatales actúan como factor protector de sífilis congénita

En cuanto a la edad gestacional del primer control prenatal en los casos que sí acudieron a dichas valoraciones, se pudo conocer que la mayoría de gestantes (de ambos grupos) acudió al primer control prenatal durante el primer trimestre de embarazo (57.5%), siendo esta situación significativamente mayor en gestantes con transmisión vertical de sífilis (81.2%) ($p < 0.05$). Si bien es cierto que dichas gestantes acudieron al control prenatal en un periodo de gestación adecuado, su condición de población migrante no les permitió continuar con la adherencia al tratamiento.

El 91% de los casos de sífilis gestacional fueron diagnóstico de primera vez en el embarazo actual; en el 9% fue reinfección. La proporción de gestantes con transmisión vertical con diagnóstico primer vez fue del 97.3% y en madres sin transmisión vertical fue del 87.7%, observándose diferencias significativas ($p < 0.01$).

La mayoría de las gestantes con transmisión vertical de sífilis solo recibió una dosis de penicilina benzatínica (80.8%); el 13.7% no recibió tratamiento. En el grupo de gestantes sin transmisión vertical de la enfermedad el 60.9% recibió 3 dosis de penicilina benzatínica, observándose diferencias significativas respecto al primer grupo ($p < 0.01$). lo anterior demuestra asociación estadística entre el número de dosis aplicadas del tratamiento y la presencia de transmisión vertical.

DISCUSIÓN

Colombia se comprometió a alcanzar la meta de 0,5 casos de sífilis congénita por cada 1000 nacidos vivos, meta que fue establecida por la Organización Panamericana de la Salud desde el año 2010 en la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe(4), meta que no se está cumpliendo como se evidencia en los últimos reportes, ya que estos muestran una tendencia hacia el ascenso a nivel nacional, pese a que se cuenta con tecnologías e intervenciones asequibles y de eficacia probada para prevenir, diagnosticar y tratar este evento(5).

Situación que se puede identificar con mayor impacto en algunos departamentos, dentro de los que se encuentra Norte de Santander, asociado a múltiples factores dentro de los que se destaca sin lugar a dudas la migración venezolana incidiendo en la salud pública de cada uno de los territorios. En la ciudad de Cúcuta frontera inmediata con el vecino país se puede evidenciar el gran impacto que esta situación ha venido desarrollando encontrando datos muy relevantes ya que el total de los recién nacidos diagnosticados con sífilis congénita y reportados antes el Sistema de Vigilancia Epidemiológica son productos de madres con nacionalidad

venezolana, asociados a la falta de controles prenatales, los bajos recursos económicos, y la falta de adherencia al tratamiento adecuado y oportuno.

Es pertinente que se analicen los puntos de falla de los programas involucrados en la eliminación de la sífilis gestacional y congénita para formular estrategias destinadas al control de la sífilis como ITS y como agente de mortalidad perinatal(6). Así mismo los profesionales de salud encargados deberán tener mayor compromiso debido a que controlando los factores asociados identificados en el estudio pueden contribuir a disminuir el número de casos, si estos se convierten en factores protectores debido a su cumplimiento, resaltando la importancia de un diagnóstico precoz, el seguimiento adecuado, la búsqueda activa de las gestantes diagnosticadas que se pierden en los procesos, y el número de dosis del medicamento algo que se puede discutir ya que el ministerio de salud en su Guía de Práctica Clínica recomienda recibir al menos una dosis de penicilina benzatínica (2.400.000UI intramuscular), aplicada 30 o más días antes del momento del parto(7) y en el presente estudio la mayoría de las gestantes con transmisión vertical de sífilis solo recibió una dosis de penicilina benzatínica (80.8%).

Además tal situación parece ser debida a las prácticas y costumbres liberales de la sexualidad adolescente y del adulto joven en la ciudad, las cuales ocurren en un aparente contexto personal de desconocimiento de prácticas seguras en el ejercicio de su sexualidad lo cual justificaría el mayor predominio de sífilis entre las gestantes de estos grupos(6). Al respecto Padovani Camila, Rosseto de Oliveira Rosana y Sandra Marisa Pelloso en el estudio titulado "Sífilis en la gestación: asociación de las características maternas y perinatales en una región del sur de Brasil" (8) entre los años 2011 y 2015, en 176 casos de sífilis congénita analizados identificaron que el 67,41% de las gestantes estaban en el intervalo etario de 20 a 34 años de las cuales 22,59% eran adolescentes (≤ 19 años) por lo cual se logra hacer visible una gran necesidad de seguir desarrollando actividades de educación y concientización en esta población sobre prácticas sexuales seguras.

De las variables analizadas se encontró coincidencia con el estudio realizado por Cifuentes Cifuentes Mery y Ojeda Enríquez Cindy en el instituto materno infantil de Bogotá Colombia, titulado Sífilis congénita en el Instituto Materno Infantil-Hospital la Victoria, Bogotá (9), quienes en los resultados de su investigación detectaron en 3026 nacimientos, 73 casos de sífilis gestacional y/o congénita concluyendo que respecto a la edad el 83,6% de los casos oscila entre 18 y 35 años de edad, un 88% de estas madres incluidas fueron diagnosticadas en el tercer trimestre influyendo de manera negativa para el desarrollo de la enfermedad y resaltan que la asistencia al control prenatal para la detección de la infección en la gestación y la administración adecuada del tratamiento se asociaron con menor mortalidad e incidencia de sífilis congénita.

Así mismo en la investigación realizada por Mínguez Ángel, Bernardi German, Moya Abel y colaboradores titulada sífilis gestacional y congénita ¿hasta cuándo será un problema vigente?, En el año 2016 en el Hospital Nuestra Señora de la Misericordia de Argentina(10), describe que, de 7,125 partos asistido, el 1% (72 casos) presento diagnóstico de Sífilis Gestacional incluyendo los productos de estos embarazos. La edad promedio fue de 27 años y se evidencio que un 53% de las embarazadas tuvieron ninguno o insuficientes controles prenatales y un 20% de estas gestantes recibieron tratamiento adecuado, resultados que coinciden con los encontrados en el presente estudio ya que el promedio de edad en 146 pacientes con sífilis congénita es de 22,26 años, el 41,8 % no tuvo controles prenatales, mientras que el 94,5 % no recibió tratamiento o fue inadecuado.

CONCLUSIONES

- En la población estudiada se logra identificar que dentro de los factores maternos asociados a la incidencia de la sífilis congénita más importantes es la asistencia a los controles prenatales, siendo este un factor protector si las gestantes se adhieren al mismo, obteniendo un diagnóstico precoz de complicaciones dentro de las que se encuentra la sífilis al realizar la prueba treponémica, administrando y recibiendo un tratamiento y seguimiento

adecuado lo que contribuye a disminuir el riesgo de transmisión vertical.

- Al caracterizar las variables sociodemográficas de este grupo poblacional se pudo identificar la edad promedio se encuentra entre los 22 y los 25 años; el 95,8 % pertenece al estrato 1 y 2, el 98,6 % (144) de los casos de transmisión vertical hacen parte del grupo especial de migrantes, lo cual se relaciona ya que el 100 % de los casos de sífilis congénita son hijos de madres con nacionalidad venezolana.
- Al relacionar las variables sociodemográficas y los factores asociados a la incidencia de sífilis congénita en los productos de gestantes incluidas en el estudio se logra evidenciar significancia estadística con valores de p menores a 0,05, en cuanto a todas las variables dependientes evaluadas, actuando estos como factores protectores o de riesgo según su cumplimiento y adherencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Social M de la P. Ministerio de la Protección Social GUIA DE ATENCION DE LA SIFILIS CONGENITA (Hace parte de la RESOLUCION NUMERO 00412 DE 2000) [Internet]. [cited 2019 Sep 18]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/GUIA DE ATENCION DE LA SIFILIS CONGENITA.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. ELIMINACIÓN MUNDIAL DE LA SÍFILIS CONGÉNITA: FUNDAMENTOS Y ESTRATEGIA PARA LA ACCIÓN. 2008 [cited 2019 Sep 18];1–49. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43856/9789243595856_spa.pdf;jsessionid=191532912A8DD468114822A613214155?sequence=1
3. Cristian Vallejo YC. Vista de Caracterización y seguimiento durante seis meses de una cohorte de recién nacidos con sífilis congénita [Internet]. Biomédica. 2016 [cited 2019 Sep 18]. p. 101–8. Available from: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2661/3011>
4. Enrique J, Cardenas P. La eliminación de la sífilis congénita en Colombia: una utopía si no se aplican las medidas de control. Rev Biosalud [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 19];15(2):5–6. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/biosa/v15n2/v15n2a01.pdf>
5. Apolinar A. SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA (Protocolo) [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 19]. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO Sifilis .pdf>
6. Amador Ahumada C, Lavalle MH, Chamorro MV. SÍFILIS GESTACIONAL: ENFERMEDAD DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, CÓRDOBA-COLOMBIA, 2015. Rev Cuid [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 19];8(1):1449–58. Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.350>
7. Gaitán Duarte, Hernando; Cruz Aconcha A. EL PLAN DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNA-INFANTIL DE LA SÍFILIS, UNA OPORTUNIDAD PARA INICIAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN DE LA LEY ESTATUTARIA DE LA SALUD. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 19];67(1):7–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.370>
8. Padovani C, Rosseto De Oliveira R, Pelloso SM. Sífilis en la gestación: asociación de las características maternas y perinatales en una región del sur de Brasil. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 19];26:1–10. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
9. Cifuentes-Cifuentes MY, Ojeda-Enríquez C V. The congenital syphilis protocol used at the Instituto Materno Infantil-Hospital la Victoria, Bogotá [Internet]. Vol. 15, Rev. salud pública. Bogota D.C, Colombia; 2013 [cited 2019 Sep 19]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n3/v15n3a10.pdf>
10. Minguez Á, Nahuelan A, Visconti L, Spitale N, Bernardi, Germán, et al. Sífilis gestacional y congénita: ¿hasta cuándo será un problema vigente? Gestational and Congenital Syphilis: How Long Will Be an Ongoing Problem? [Internet]. Vol. 36, Enfermedades Infecciosas y Microbiología. 2016 [cited 2019 Sep 19]. Available from: <http://www.reporteepidemiologico.com/wp-content/uploads/2017/01/EIM Sífilis gestacional y congenita grave problema de salud publica.pdf>

INTRODUCCIÓN A LA INTERCULTURALIDAD EN PRÁCTICAS FORMATIVAS DE VIII SEMESTRE DE ENFERMERÍA UFPS – UNA EXPERIENCIA DESDE EL INTERCAMBIO DE SABERES.

Gloria Omaira Bautista Espinel¹

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Docente Tiempo Completo. Universidad Francisco de Paula Santander. gloriabautista@ufps.edu.co

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia formativa en las prácticas de cuidado en los estudiantes de VIII semestre y su relación con los procesos de extensión y apropiación social del conocimiento en el curso Gerencia de los Servicios de Enfermería de la UFPS durante el I semestre de 2019. **Metodología:** los estudiantes desarrollaron procesos de apropiación social del conocimiento mediante la incorporación de los elementos de interculturalidad. Se organizó el I encuentro de saberes culturales: diversidad cultural y transculturalidad: un desafío para el sector salud, con la participación de los pueblos indígenas autóctonos de Norte de Santander y etnias reconocidas en la región, incluido el grupo étnico migrante Yukpa. Con su desarrollo se buscó, aportar en la construcción de los conceptos de diversidad cultural y transculturalidad, desde una propuesta de intercambio con los participantes. **Resultados:** Se logró la participación de 7 grupos étnicos de la región, autoridades gubernamentales, municipales y organismos Internacionales como LA Organización Mundial para las Migraciones OIM y El Comité Internacional de la Cruz Roja. Se organizó un panel de expertos sobre enfoque diferencial y étnico para la atención en salud, en Norte de Santander, los estudiantes desarrollaron infografías, sobre cada una de las comunidades participantes, los grupos étnicos una muestra cultural sobre medicina tradicional indígena. **Conclusión:** Se debe continuar promoviendo en los estudiantes el valor hacia estos conocimientos, usos, costumbres, memoria y cosmovisión a través nuevos eventos que integren temáticas en salud. Existe la necesidad de plantear alternativas de atención en salud que sean compatibles con las prácticas de las comunidades que contengan acciones con enfoque diferencial, y culturalmente adecuadas.

Palabras claves: Competencia Cultural, Población Indígena, Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente, Enfoque Diferencial Étnico.

INTRODUCCIÓN

El encuentro intercultural es el acontecimiento de una interacción comunicativa entre personas que de varias maneras se reconocen como pertenecientes a culturas distintas, que implica una reestructuración parcial o total del sistema de creencias o valores de las personas involucradas, y que permite de una forma parcial o total a una persona ponerse imaginativamente en el lugar de la otra (1).

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades (2).



El cuidado de la salud hasta ahora se ha interpretado de una manera uniforme, sin embargo, la cultura, implica el conocimiento de la diversidad cultural, que a su vez supone adquirir la capacidad de comprender las creencias y costumbres de otros pueblos o sociedades desde el contexto de su propia cultura, partiendo de que todas las culturas son iguales y ninguna es superior a otra. Estos conceptos se deben tener muy en cuenta a la hora de hablar de diversidad cultural es decir de un mejor adecuamiento de las prácticas sanitarias a las necesidades de la sociedad (3).

El término transculturalidad se analiza como un proceso que permite el acercamiento entre las diferentes culturas (incide en los sistemas de creencias y valores), busca establecer vínculos más allá de la misma cultura en cuestión, casi creando hechos culturales nuevos que nacen del sincretismo (sistema que permite la conciliación de diferentes doctrinas) si lo anterior se facilita, la convivencia de la cultura a través de los medios de comunicación e información, puede favorecer que la sociedad manifieste respeto, acuerdos y promoción de valores universales por encima de las particularidades de raza, etnias y creencias religiosas, de modo que se dé la fraternidad universal o el principio hacia una “transculturalidad” (4).

Autores como Hansel (5) y Piñeiro (6), describen lo que denominan un segundo fenómeno para referirse a las concepciones que diferentes etnias tienen sobre el proceso salud-enfermedad. “Las diferentes etnias presentes en las comunidades visualizan el proceso salud-enfermedad holísticamente, lo que ha permitido implementar diversas formas de sanación, las cuales no son reconocidas habitualmente por los sistemas sanitarios”

En Norte de Santander, en los últimos años ha cobrado vigencia e impacto, el trabajo con los pueblos étnicos autóctonos; y pueblos étnicos reconocidos como residentes de la región. Adicionalmente ha despertado especial interés la situación que los pueblos migrantes transfronterizos viven, a consecuencia de la crisis con el vecino país, situación que por su ubicación de frontera es más evidente destacándose la problemática que presenta en la actualidad del pueblo Yukpa en materia de derechos humanos.

Estas situaciones del contexto y de las poblaciones vulnerables, no pueden ser ajenas a los procesos de formación de los futuros egresados del programa de enfermería. Por esta razón se busca desde la academia promover, valorar, estos conocimientos, usos, costumbres, y tradiciones a través de eventos científicos, que integren aspectos claves para su difusión.

TEMATICAS DESARROLLADAS

Para aportar en la construcción de los conceptos de diversidad cultural y transculturalidad, desde una propuesta de intercambio denominada encuentro intercultural, involucró una propositiva interacción entre las personas de culturas diversas en torno al tema de la salud y la valoración mutua de saberes y prácticas de cuidado, en este caso, que se buscó generar un hilo conductor entre la atención en salud con el conocimiento antropológico, como una apuesta de conocimiento al servicio de las comunidades.

La agenda integró temáticas como: Los retos del Sistema Integrado de Salud para los Pueblos Indígenas, la situación de salud de las comunidades étnicas, en Norte de Santander. Los gobernadores de la comunidad migrante Yukpa, disertaron sobre el desafío que enfrentan en su lucha por el reconocimiento pleno de sus derechos en salud Intercultural. Los integrantes de los grupos étnicos participantes integraron el panel de Expertos (comunidades: Barí, Kichwa, U’wa, Inga, y Afrodescendientes) actividad que giró en torno a la pregunta orientadora: ¿Cuáles serían las recomendaciones para lograr la inclusión con enfoque diferencial, en la atención integral en salud para que sea culturalmente adecuada, (de acuerdo a las necesidades de cada comunidad), para ser implementada en Norte de Santander?

La presentación de Infografías sobre se dividió en tres segmentos a saber:

1. Pueblos autóctonos de Norte de Santander U`WA, MOTILÓN BARI (Figura 1)

PUEBLO INDÍGENA BARI
LA GENTE, EL TERRITORIO Y LA VIDA

UBICACIÓN: Norte de Santander, Binacional Colombia y Venezuela
POBLACIÓN: 5.923 habitantes
IDIOMA: Bariara
ORGANIZACIÓN: Asociación de Autoridades tradiciones del Pueblo Bari
FUENTE: ORGANIZACIÓN NACIONAL DE INDÍGENAS DE COLOMBIA

GENERALIDADES

CULTURA:
El termino Bari significa "Seres Humanos", este pueblo cree en un ser supremo, lo invocan en las enfermedades, cuando van a la pesca, en la cacería y en las cosechas. Cuando se considera que un niño ya ha adquirido las habilidades necesarias para subsistir en forma autónoma, entonces el padre reúne en un lugar aislado a unos pocos allegados suyos, y allí en aquella reunión confieren el status de adulto al muchacho mediante la entrega del guayuco

COSMOVISIÓN:
La conciencia étnica es un elemento integrador de su sociedad. Al principio todo era oscuridad, los Bari, son la luz que Sabaseba creo bajo un solo solo camino, a su vez, cuando este dios, creo a Ishtana, "la tierra" crea la razón de ser del pueblo, por eso la connotación sagrada del territorio. A partir de la creación del primer Bari se creo la diversidad étnica y natural, ya que según su mitología, el primer Bari se convirtió en hormiga y le enseñó a la gente a construir los bohíos y caminos comunicativos, motivo por el cual todos los animales mantienen un vínculo con los hombres, los ríos, las piedras, agua y vegetación. Es por este vínculo que dios les ha dado, que ellos respetan tanto los recursos naturales.

SITUACIÓN DE SALUD
La medicina tradicional ha sido reemplazada por drogas alopáticas. Actualmente los problemas de salud que primordialmente afectan a la población son la tuberculosis, enfermedad diarreica, infecciones respiratorias, fiebre, y cancer por contaminación minera.

"Sin tierra no existe el Bari, y sin Bari no se conserva la tierra" (ASOCBARI 2005)

ESTUDIANTES VIII SEMESTRE ENFERMERIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
I SEMESTRE DE 2019

2. Pueblos étnicos de Norte de Santander (AFRODESCENDIENTES – ROMANIES- INGA- KICHWA- EMBERA)

3. Pueblo migrante Yukpa- resguardo Tibú. (Figura 2)



Fuente: I encuentro de saberes culturales: diversidad cultural y transculturalidad: un desafío para el sector salud. UFPS- 2019

De otra parte, se presentó por parte de los estudiantes: una sinopsis sobre “conceptos y concepciones de salud en las culturas autóctonas”. Posteriormente, se desarrolló una muestra cultural y la comunidad Embera desarrolló una presentación en torno al uso de la Cannabis en Medicina Tradicional. El pueblo Yukpa a su vez desarrollo una presentación sobre los usos en medicina tradicional en la serranía del Perijá de donde son originarios.

ENTIDADES PARTICIPANTES

- Secretaria de Desarrollo Social Gobernación de Norte De Santander.
- Representante de Infancia y Grupos Étnicos; Instituto Departamental De Salud
- Coordinador Unidad de Atención en Salud- Cruz Roja de Norte de Santander.
- Referente Municipal- Dimensión Trasversal Poblaciones Vulnerables- Secretaria De Salud Municipal de Cúcuta
- Participación especial OIM (Organización Mundial para las Migraciones).
- Vicerrectoría de Bienestar Universitario
- Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería
- Docentes del Curso de Gerencia
- Estudiantes de VIII semestre programa de enfermería

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Además de los procesos de revisión sobre la cosmovisión en salud, usos y costumbres de siete comunidades étnicas se logró identificar nuevos desafíos para el desarrollo del quehacer enfermero, y les sensibilizó sobre la realidad de estas poblaciones, en sentido autores como Lerín Piñón, sostiene que “la formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal institucional, incidiendo en el respeto, en el trato de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate a la exclusión, en la atención y la equidad en salud a los distintos grupos étnicos” (7).

Derivado de la experiencia se desarrolló un plan de trabajo que involucró el planteamiento de acciones de gestión, investigación, asistencia, extensión y ayuda humanitaria, que se proponen como agenda de trabajo para los próximos semestres. Este aspecto concuerda con los planteamientos de King, quien señala que “todos los indígenas del mundo presentan grandes brechas, en el estado y los resultados que alcanzan en salud, asociados a los determinantes sociales, tales como la pobreza y el bajo nivel educativo, los problemas asociados a la urbanización de los territorios, el aislamiento y la pérdida de continuidad cultural entre otros, son algunos de los elementos que suponen una crisis para sus situaciones sociales”(8), aspecto que concuerda con lo expresado por los integrantes del panel realizado en el encuentro intercultural.

CONCLUSIONES

Se concluye que existe la necesidad de plantear alternativas de atención en salud que sean compatibles con las prácticas de las comunidades involucradas que contengan acciones de intervención enfocadas al desarrollo sostenible de los pueblos étnicos.

Los integrantes de comunidad migrante Yukpa, requiere de apoyo social urgente tanto en el res-guardo de TIBÚ, como en el de CÚCUTA.

Se requiere organizar un espacio permanente, dentro de la formación de los estudiantes de enfermería que involucre los saberes culturales y tradiciones autóctonas de los pueblos étnicos que habitan el territorio de Norte de Santander.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ponzoni F. El encuentro intercultural como acontecimiento: una propuesta para el avance teórico de la educación intercultural. *Educ.* 2014; 17(3):537-553.
2. Austin Millán TR. Comunicación intercultural: conceptos y consecuencias. En *Diálogos en la acción. Primera etapa*, 2004.
3. Tarrés Chamorro S. El cuidado del 'otro'. *Diversidad cultural y enfermería transcultural. Gaceta Antropológica.* 2001.
4. Hidalgo V. Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad y transculturalidad: Evolución de un término. [Internet] 2005. Disponible en <http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny05/article04.pdf>
5. Hasen F. Interculturalidad en salud: competencias prácticas de salud con población indígena. *Cienc Enferm* 2012; 18(3):17-24.
6. Piñeiro E. Educación médica para la inclusión intercultural desde un estudio de caso entre los Mbyá-guaraní. *Educ Méd Super.* 2015; 29:824-31.
7. Lerín Piñón S. Desafíos de la salud intercultural [Internet] 14 p. [citado 27 agosto 2019]. Disponible en: <http://www.geocities.ws/congresoprograma/8-1.pdf>
8. King M. An overall approach to Health care for indigenous peoples (Abstract). *Pediatric Clinics of North America.* 2009; 56 (6):1239- 42.

FORTALEZA ESPIRITUAL EN EL CUIDADOR ENTRENADO EN DIÁLISIS PERITONEAL

Sandra Milena Martínez Rojas*

*Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Enfermería. Docente Coordinadora Curso Cuidado del Adulto II. Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: sandramilenamr@ufps.edu.co

RESUMEN

Introducción: En la enfermedad crónica con tratamiento de diálisis peritoneal, el cuidador entrenado enfrenta manejos que pueden generar estrés, miedo, cansancio, trastorno de la intimidad, pérdida de la autonomía y cambio en el estilo de vida. La espiritualidad de estos cuidadores puede generar un camino hacia la paz interior en el rol de cuidador. **Objetivo:** comprender la experiencia espiritual del cuidador entrenado de diálisis peritoneal durante la hospitalización del enfermo renal crónico. **Materiales y métodos:** fue realizado un estudio cualitativo, fenomenológico, con diez cuidadores entrenados y la realización de entrevistas a profundidad y notas de campo, el análisis se realizó con la herramienta ATLAS TI, generando códigos y categorías. **Resultados:** Los cuidadores entrenados de los pacientes con diálisis peritoneal, fueron 9 mujeres y 1 hombre, edad promedio de 54 años. Para la codificación y categorización del componente espiritual surgieron las subcategorías de acercamiento y tranquilidad. En la subcategoría de acercamiento se generaron los códigos de ser supremo, creencias religiosas y al alivio del alma. En la subcategoría de la tranquilidad se encontraron los códigos esperanza, colaboración y confianza. **Conclusión:** La experiencia espiritual del cuidador entrenado en diálisis peritoneal, está relacionada con las creencias espirituales y religiosas, el cual se dan en la búsqueda personal del anhelo de salir de la crisis que genera la enfermedad renal crónica y las complicaciones propias de la diálisis peritoneal en la hospitalización, en consecuencia, esta experiencia se forja por la esperanza del manejo del equipo de salud y la confianza de un ser supremo.

Palabras clave: Cuidador, diálisis peritoneal, enfermedad renal crónica.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad crónica se considera un proceso que se percibe amenazante o discapacitante de duración prolongada, (1) asociando a este grupo la enfermedad renal crónica por su comportamiento crónico e irreversible y potencial letalidad, en la actualidad a nivel mundial es considerado un problema de salud pública, debido a su alta incidencia, prevalencia, elevados costos de la terapia dialítica y del trasplante renal (2).

Así mismo la enfermedad renal crónica en su tratamiento genera múltiples cambios en la cotidianidad del cuidador entrenado, siendo la diálisis peritoneal la técnica de mayor independencia con una amplia responsabilidad en la realización de la de la terapia dialítica (3).

El cuidador entrenado en diálisis peritoneal asume el cuidado cuando el enfermo no lo puede realizar por sí mismo, siendo esta una actividad que origina múltiples acontecimientos en la vida diaria del cuidador. La experiencia del cuidador entrenado en el cuidado de la salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica se desarrolla en metas que requieren múltiples intervenciones, e incluyen la satisfacción de necesidades psicológicas, sociales y económicas entre otras (1), para ello los cuidadores con enfermedad crónica reconocen la espiritualidad como un



recurso en el que encuentran paz, y fortaleza para asumir el estado de salud (4).

Teniendo en cuenta que la espiritualidad de las personas que cuidan un enfermo renal crónico se implica en el desarrollo biopsicosocial, y considerando que es un elemento clave en el bienestar del cuidador, en la presente investigación se propone comprender la experiencia espiritual del cuidador entrenado de diálisis peritoneal durante la hospitalización del enfermo renal crónico.

Objetivo

Comprender la experiencia espiritual del cuidador entrenado de diálisis peritoneal durante la hospitalización del enfermo renal crónico.

Materiales y métodos

El tipo de estudio es cualitativo fenomenológico, el cual permitió comprender la experiencia espiritual del cuidador entrenado de diálisis peritoneal durante la hospitalización del enfermo renal crónico. La población fueron los cuidadores entrenados de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal, que fueron hospitalizados en una institución de salud de la ciudad de Cúcuta, seleccionando una muestra homogénea de 10 participantes, los cuales cumplieron los criterios de inclusión.

El proceso de la recolección de la información se dio con la entrevista semiestructura a profundidad y notas de campo logrando alcanzar la saturación teórica por los entrevistados.

Las entrevistas se realizaron en el domicilio y el lugar asignado por el cuidador entrenado en diálisis peritoneal. El método de análisis se dio por la transcripción a medio magnético en el programa Microsoft Word en texto sin formato "txt" y posteriormente exportadas al programa ATLAS. Ti versión 7.5.4, donde se formaron los códigos, categorías y redes semánticas.

Se utilizó el análisis de contenido de Miles y Huberman, quienes estructura cinco pasos: la lectura, la codificación, la presentación, la reducción y la interpretación de los datos (5). Los aspectos establecidos para evaluar la calidad científica del presente estudio cualitativo fueron: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.

La presente investigación cuenta con la aprobación del comité de ética de la Universidad Francisco de Paula Santander y el consentimiento informado de cada participante de forma verbal el cual fue grabado en las entrevistas. Conforme a la resolución 8430 de 1993, la presente investigación es de bajo riesgo (6). Se garantizó la confidencialidad y el uso de los datos aportados con fines exclusivos de la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Caracterización de los Participantes

Tabla 1. Características De Los Cuidadores Entrenados En Diálisis Peritoneal

	Edad	Parentesco	Tiempo De Hospitalización	Tiempo De Experiencia	Diagnostico Del Paciente	Modalidad De Terapia
1	62	Padre	15 días	5 años	Peritonitis	CAPD
2	58	Esposa	20 días	6 años	Enfermedad Coronaria	CAPD
3	53	Hija	2 meses	8 años	Desnutrición	CAPD
4	52	Madre	20 días	1 año	Infección Del Orificio De Catéter	APD
5	56	Madre	18 días	4 años	Peritonitis Por Hongo	APD
6	39	Esposa	17 días	2 años	Infarto Agudo De Miocardio	CAPD
7	52	Hija	13 días	3 años	Pie Diabético	APD
8	63	Hija	9 días	2 años	Neumonía	CAPD
9	65	Esposa	10 días	1 año	Insuficiencia Cardíaca	CAPD
10	39	Hija	9 días	8 meses	Edema De Pulmón	APD

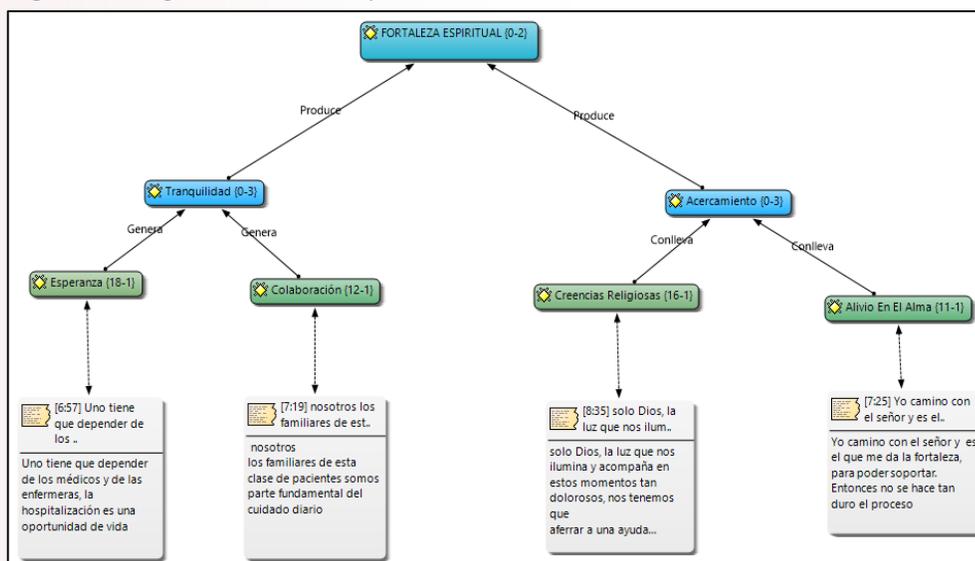
Fuente: Investigación Martínez SM. (2019)

Se contó con la participación de 10 cuidadores entrenados en diálisis peritoneal durante la hospitalización del enfermo renal crónico de los cuales 9 fueron mujeres y 1 hombre, edad promedio de 54 años, tiempo máximo de experiencia de cuidador entrenado en diálisis de ocho años, parentesco de primer grado consanguinidad, el 60% modalidad de terapia es de diálisis peritoneal ambulatoria continua el 50% de los ingresos fueron por causas infecciosas y el restante por complicaciones propias de la patología.

Para la codificación y categorización del componente espiritual se realizó una lectura minuciosa de cada línea, párrafo de la entrevista, se codificó las unidades en categorías surgiendo códigos, los cuales se diferenciaron cada uno en su contenido; cada código posee diversas citas en similitud obteniéndose múltiples citas de los diferentes códigos, así mismo se compararon los códigos entre sí para agruparlos en temas y buscarles posibles vinculaciones, las cuales surgieron las subcategorías del acercamiento y la tranquilidad.

En la subcategoría del acercamiento se generaron los códigos de un ser supremo, las creencias religiosas y al alivio del alma. En la subcategoría de la tranquilidad se encontraron los códigos esperanza, colaboración y confianza.

Figura 1. Categorías, Fortaleza Espiritual



Fuente: Investigación Martínez SM. (2019)

El componente espiritual para los cuidadores de diálisis peritoneal se da por medio del acercamiento y la tranquilidad, el cual se genera por la esperanza, la colaboración, las ciencias religiosas y alivio en el alma.

La esperanza se da por el anhelo del cumplimiento de la necesidad que se está viviendo en el momento de crisis como es la hospitalización y se expresa por medio de la oración, esta misma oración se puede dar junto a los familiares o en soledad, el cual se pide al ser supremo por la resolución del problema, así mismo se da la colaboración por algunos familiares que apoyan al cuidador familiar entrenado en diálisis peritoneal; de la misma se dan las creencias religiosas por el reconocimiento de un ser supremo, el cual se reconoce diferentes religiones en el momento de estar con Dios, de esta manera el ser supremo provee la fuerza interior por medio de la alabanza, y así poder salir adelante en la adversidad del momento.

Por consiguiente, todas las circunstancias se fortalecen en la expresión del apoyo espiritual, provocando de esta manera alivio en el interior, guardan la esperanza y se aferra por medio de la oración y así poder superar la crisis, de esta manera en esta etapa de crisis se desarrolla una fortaleza espiritual generada por la tranquilidad y el acercamiento de estos participantes, de la misma manera la esperanza y las creencias religiosas son predictores de estas subcategorías, como lo expresan algunos participantes:

E04HG: *Es como cuando cuidas una flor y no quiere que se marchite, tu siempre guardas la esperanza.*

E05EC: *No se... la oración y la fe, que uno le pone a esa petición hace que las cosas sucedan...es la fuerza de la fe hace que las cosas sucedan.*

E07MH: *El pastor nos dice que debemos ser muy aferrados a la palabra y todo pasara.*

Los cuidadores entrenados de los pacientes que son hospitalizados bajo cualquier régimen terapéutico son potencialmente vulnerables, ellos mantienen una aproximación de apego, esperanza en el componente espiritual, denominado en el presente estudio fortaleza espiritual, suprimiendo así los fenómenos por los cuales se producen distintos comportamientos en su diario cuidar, en similitud con el estudio denominado cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida, Cartagena (Colombia), en donde el bienestar espiritual se encontró una puntuación alta (7), junto con Da Costa y Barbosa (8) el cual las principales estrategias de su estudio fueron: apoyo en la fe.

Para poder mantener la fortaleza espiritual, lo realizaron por medio de la oración de los familiares, amigos, pastores, sacerdotes, lo mismo lo expresa Golics et al. (9) en su estudio de The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties, en donde el aporte espiritual confiaban en un religioso para lidiar con sus emociones.

E05EC: *No se...la fe que uno le pone a esa oración eso hace que sucedan las cosas, la fuerza de la oración hace que las cosas sucedan.*

CONCLUSIÓN

La experiencia espiritual del cuidador entrenado en diálisis peritoneal, que experimenta el cuidador de los pacientes con enfermedad crónica está relacionada con las creencias espirituales y religiosas, el cual se dan en la búsqueda personal del anhelo de salir de la crisis que genera la enfermedad renal crónica y las complicaciones propias de la diálisis peritoneal en la hospitalización, en consecuencia, esta experiencia se forjan por la esperanza del manejo del equipo de salud y la confianza de un ser supremo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barrera Ortiz L, Pinto Afanador N, Sánchez Herrera B, Carrillo G, Chaparro L. Cuidando a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica [Internet]. Primera 20. Colombia EUN de, editor. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010. 360 p. Disponible en: http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidando_a_los_cuidadores/pubData/source/UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores.pdf
2. Official Journal of the International Society of Nephrology. Kidney International Supplements [Internet]. Vol. 2. 2012. 143 p. Disponible en: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO-2012-GN-Guideline-English.pdf>
3. Prieto MA, Escudero MJ, Suess A, March JC, Ruiz A, Danet A. Patients' opinions and expectations about the dialysis care process. Anales Sist Sanit Navarra [Internet]. 2011; 34(1):21-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100003
4. Gutierrez Garcia LV, Ávila Ávila F. La espiritualidad como recurso de afrontamiento ante la enfermedad crónica en dos sistemas familiares [Internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2017. Disponible en: http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/8372/Espiritualidad_recurso_afrontamiento_enfermedad.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Romero Tena R. Metodología De La Investigación. En 1994. p. 291-334. Disponible en: http://ocwus.us.es/didactica-y-organizacion-escolar/investigacion-en-medios-1/investigacion_medios/recursos/rosalia.pdf
6. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No 008430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. Santa Fe de Bogotá: El Ministerio; 1993 [consultado 29 de octubre de 2013]. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf
7. Romero Massa E, Rodríguez Castilla J, Pereira Díaz B. Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales. Rev Cubana Enferm. 2015;31(4):1-22.
8. Dias S, Barbosa E. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014; 67(6):979-86. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103880291&lang=pt-br&site=ehost-live>
9. Golics CJ, Khurshid M, Basra A, Salek MS, Finlay AY. The impact of patients' chronic disease on family quality of life: An experience from 26 specialties. Int J Gen Med [Internet]. 2013;6:787-98. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3787893/pdf/ijgm-6-787.pdf>

PERSPECTIVA ESPIRITUAL DE FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UNA IPS DE LA CIUDAD DE CÚCUTA.

Andrea del Pilar Botello Reyes¹

RESUMEN

La hospitalización en unidades de cuidado intensivo es una experiencia que puede generar estrés emocional y afectación de las dimensiones espirituales de los familiares de los pacientes que se hospitalizan en dichas unidades. La familia es quien brinda acompañamiento al paciente en estas situaciones y la adaptación a esta nueva situación es compleja requiriendo el uso de recursos por parte de los familiares de tipo espiritual para sobrellevar este proceso. Valorar la espiritualidad de los familiares, y conocer la expresión de los recursos en materia de creencias prácticas espirituales amplía la visión de un enfoque de atención centrado en el paciente hacia la visibilización de sus familiares como parte importante de cuidado de enfermería, y cuyo bienestar puede repercutir en el bienestar del enfermo. **Objetivo:** Determinar el nivel de perspectiva espiritual en familiares de pacientes hospitalizados en unidad de cuidados intensivos. **Metodología.** Estudio cuantitativo, descriptivo transversal, con una muestra de 150 familiares de pacientes, seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia. Instrumento utilizado fue la escala de Espiritualidad de Pamela Reed. **Resultados y Conclusiones:** La espiritualidad de los familiares es alta, conformada por creencias y prácticas en relación con la conexión con un ser superior, un propósito supremo y el significado de diferentes valores como el perdón, que toman relevancia en momentos específicos del curso de la vida, son un recurso para asumir las situaciones difíciles, y los cambios que se generan en la dinámica familiar cuando se tiene un familiar hospitalizado en su servicio de cuidado intensivo.

Palabras claves: Cuidados críticos, religión, conducta, estrés psicológico, relaciones familiares.

INTRODUCCIÓN

El ser humano es un ser natural, posee tiene una dimensión física, material, limitada sin embargo también posee una dimensión espiritual, relacionado con lo inmaterial, con lo ilimitado, con un sentido profundo de sí mismo que según Palacio (1) “proviene desde adentro y dinamiza todas las demás dimensiones del ser humano”.

Un acercamiento a los aspectos espirituales desde la ciencia de la enfermería es un aspecto que vale la pena conocer y apreciar, sobre todo en situaciones de la enfermedad grave de un ser querido o su internación en unidades de cuidado intensivo UCI, ya que durante este acontecimiento se pueden manifestar asuntos espirituales, expresados en creencias y prácticas que permiten un acercamiento en el conocimiento de la espiritualidad del ser humano, y de las formas de cuidado específicas para familiares de pacientes.

La experiencia de tener un familiar hospitalizado en UCI a diferencia de otros entornos hospitalarios está enmarcado por la complejidad de los tratamientos y procedimientos que se realizan allí, la percepción de la UCI como un ambiente extraño, con acceso limitado, con horarios de visita restringidos, con constantes sonidos de las máquinas y tecnologías,



con los olores raros, además de encontrarse cercados por médicos y enfermeras, personal especializado muy ocupados por las condiciones de los pacientes y ciertamente con aires de complejidad (2,3).

Son diversas las afectaciones para la vida de los familiares debido a las características propias de estos servicios que amplifican las necesidades específicas de los familiares, que generan estrés y trastornos emocionales, derivadas de la preocupación por la condición de salud de los pacientes (4-6).

En la literatura se encuentran estudios que demuestran que la familia ha pasado de ser considerada un elemento poco relevante en relación al paciente, a tener un rol importante en el proceso de bienestar de los enfermos (7) (8), por lo tanto estudios que miden las condiciones de salud y vida de los cuidadores, contemplan la espiritualidad dentro de sus dimensiones a evaluar, evidenciando que los cuidadores perciben un porcentaje mayor de deterioro en su espiritualidad, siendo este el aspecto más afectado a diferencia de las demás dimensiones física, social y psicológica (9,10).

Con base en este contexto se puede establecer que los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI pueden encontrarse en vulneración de su dimensión espiritual, por ende, sus necesidades espirituales deben valoradas y reconocidas por parte de los profesionales de enfermería, quienes tienen el reto de dirigir sus intervenciones aún más allá de la situación de salud del paciente hacia el abordaje de su entorno familiar, dando visibilidad a los familiares como sujetos de cuidado.

El objetivo del estudio fue determinar el nivel de perspectiva espiritual de los familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de una IPS en la ciudad de Cúcuta durante el 2018.

METODOLOGIA

El estudio tuvo un diseño cuantitativo, descriptivo, transversal. La muestra fue conformada por 150 familiares de pacientes hospitalizados en UCI que se encontraban en la sala de espera de la unidad durante el periodo del estudio y que manifestaron su deseo de participar en el mismo.

Los criterios de inclusión establecidos para los participantes fueron poseer vínculo afectivo con el paciente con o sin grado de consanguinidad, que asistiera permanente a las visitas del paciente en la unidad y con capacidad cognitiva adecuada para responder las preguntas del instrumento.

Se aplicó una escala para obtención de información sociodemográfica de los participantes.

Se utilizó el instrumento de Escala de Perspectiva Espiritual que fue diseñada para medir la conexión con un Poder Superior, a los demás y uno mismo. El instrumento de la escala de perspectiva espiritual, desarrollada por Pamela Reed en 1987 consta de diez enunciados que se califican en un rango de uno a seis, estableciendo un puntaje de diez para el nivel más bajo y de sesenta para el nivel más alto de perspectiva espiritual.

Estimaciones de la confiabilidad de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach se ha estimado con un rango 0,86 a 0,95 (11)

La Escala fue aplicada a los familiares de los pacientes que aceptaron participar en el estudio, previa lectura y firma del consentimiento informado, en la sala de espera de la unidad de cuidado intensivo en el horario de la mañana con un tiempo estimado de duración de más o menos 30 minutos.

Se utilizó una técnica de análisis descriptivo con el fin de obtener en porcentaje los resultados del cuestionario sociodemográfico y la aplicación del instrumento de investigación seleccionado para así realizar la descripción del nivel de espiritualidad de los familiares de los pacientes registrando los datos en Microsoft Office Excel.

Posteriormente se analizaron en el programa estadístico SPSS 24 licenciado por la Universidad Francisco de Paula Santander.

Se realizó análisis de la información mediante la aplicación de estadística descriptiva, porcentajes, promedios y cálculos desviación estándar, con base en estos resultados, se realizó discusión de los mismos con referentes bibliográficos de estudios similares.

El estudio contó con el aval de comité de ética de la institución de salud donde fue llevado a cabo. Así mismo se tuvo en cuenta los aspectos éticos establecidos en la resolución 8430 de 1993, clasificándose como un estudio sin riesgo. Los participantes fueron informados previamente de los alcances del estudio mediante y con la obtención de su consentimiento firmado se procedió a su inclusión en el estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Sobre los aspectos personales y sociodemográficos de la población a estudio se evidenció que el sexo predominante de los encuestados fue el femenino con un 65%, el rango de edad de mayor presencia fue de 36 a 59 años con un 57%, el tipo de familiar de los pacientes con mayor porcentaje fue la pareja 43%, el 61% de los familiares manifestó tener pareja actualmente, la religión predominante fue la católica con un 60.6% seguida de la evangélica en un 28.6% y el 4% no practicante, el 43% de los familiares en su acción laboral son independientes y el nivel socioeconómico de la mayoría en un 89% es bajo.

Similar al porcentaje alto de género femenino en cuidadores familiares de niños con enfermedad crónica (12) con cáncer con un 84,7% (13), y el 87,6% de cuidadoras familiares en pacientes con Alzheimer (14).

Sobre las creencias espirituales se encontraron los siguientes hallazgos: 94% consideran que el perdón es una parte importante de su espiritualidad, al contrario, el 6 % consideran que no. El 94.7% percibe la espiritualidad como una guía en tomar decisiones en su vida diaria. El 95.3 % considera que sus creencias espirituales son parte importante de su vida. El 96.6% de los pacientes frecuentemente se sienten muy cerca de Dios o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria. El 92.6% afirma que sus creencias espirituales han influenciado su vida, mientras que el 7.4% afirma que no. El 97.4% de los familiares considera que sus creencias espirituales son importantes en su vida porque responden a muchas preguntas que tienen acerca del significado de la vida.

Sobre las practicas espirituales se evidenció que el 2.7% de los pacientes nunca menciona asuntos espirituales cuando habla con sus amigos y familiares mientras que el 64% lo hace a diario. El 86.6% comparte regularmente alegrías y problemas de acuerdo a sus creencias espirituales, el 6% nunca lo hace. El 41,3% lee material espiritual más o menos una vez al día y el 7,3% nunca lo hace. El 89.3% afirma rezar o meditar diariamente.

Para determinar la perspectiva espiritual de los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI, se realizó categorización por niveles en función de la puntuación total de la escala, en la cual el valor máximo era de 60 y el mínimo de 10. Un nivel alto de espiritualidad se obtiene con puntuaciones entre 46 y 60 puntos, un nivel moderado con puntuaciones entre 36 y 45 puntos, y un nivel bajo de espiritualidad se logra con puntuaciones entre 10 y 35.

El nivel de perspectiva espiritual evidenciado en el presente estudio fue alto con un promedio de 50.9 y con el 87% de familiares alcanzaron este nivel alto. Estos hallazgos son similares a los estudios sobre espiritualidad en familiares de niños con enfermedad crónica, cáncer y pacientes con Alzheimer (12-14).

Se reafirma la dinámica de la espiritualidad como un recurso intrínseco con que cuenta la población a estudio para hacer frente a la experiencia de enfermedad de sus familiares, evidenciado a través de la expresión de creencias y prácticas o en aspectos de tipo religioso y existencial, que se encuentran incrementadas en momentos de enfermedad.

La sub-escala de prácticas espirituales obtuvo un promedio de 20,73 con una mediana de 22 y una desviación estándar 3,2.

En la sub escala de las creencias espirituales, el promedio obtenido fue de 30,21 con una mediana de 30 y una desviación estándar de 4,5. Siendo las creencias espirituales conforma la sub-escala más significativa en la presente investigación. Similar al estudio realizado por Martínez L y Salcedo I (15) en el cual la sub escala de creencias espirituales fue la de mayor promedio con un 27.5.

Los hallazgos permiten afirmar que las creencias espirituales se constituyen base sobre el cual las personas toman decisiones importantes y son eje que influencia su vida diaria, dichas creencias son convicciones que aseveran su fuerza en los momentos en los que se experimentan situaciones emocionales complejas y les permiten a los familiares de los pacientes sentir paz, sosiego contribuyendo a su bienestar en el contexto de tener un familiar hospitalizado en un servicio de cuidado crítico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La espiritualidad de los familiares es alta, conformada por creencias y prácticas en relación con la conexión con un ser superior, un propósito supremo y el significado de diferentes valores como el perdón, que toman relevancia en momentos específicos del curso de la vida, en donde la enfermedad de un ser querido trae desconsuelo, preocupación, stress emocional y alteraciones en las dinámicas familiares.

En este sentido las creencias y prácticas espirituales de los familiares deben ser contempladas dentro del cuidado de la salud, en un enfoque que no abarca sólo al paciente sino que se extiende hacia su familia, no va más allá de permitir la expresión de las creencias y las practicas espirituales, sino que se conecta con las realidades de los familiares, y con debido respeto y empatía comprende la luz de la Teoría de Pamela Reed (16) la vulnerabilidad del familiar como sujeto también de cuidado y generando cambios que le permitan alcanzar la autotranscendencia y de esta forma el bienestar.

La dimensión espiritual de los familiares debe ser valorada siempre como parte del cuidado integral, aclarándose que independientemente de cual sea el acervo religioso propio, el profesional de enfermería debe conocer, permitir y promover las expresiones de la espiritualidad en cuanto a creencias, prácticas u otras formas manifestaciones, que ayudan a los familiares a atravesar diversas situaciones difícil en el contexto de hospitalización de un ser querido.

BIBLIOGRAFIA

1. Palacio C. La espiritualidad como medio de desarrollo humano. Rev Cuestiones teolog. 2015 42-(98) p.459-481.

2. Pallares M. El mundo de las unidades de cuidados intensivos: la última frontera Tesis doctoral. Universitat Rovira I Virgili; 2003, p33.
3. Herrera A, García A. Criterios de admisión y alta para unidad de cuidados intensivos. Manejo Integral del paciente Crítico. 2014; (2) 29-47
4. Quinton C, Rooyen D, Strumphe J. The Accompaniment needs of the family with a loved one in the critical care unit. Health SA Gesondheid, 2003; 8(1): 84.
5. Algarbe, S. & Vilchez, V. Necesidades de las familias de pacientes internados en la unidad de terapia intensiva de adultos. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. 2010.
6. Aliberch, R. & Aymar, M. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos Enferm intensiva 2015. 26(3), 83-120.
7. Canga, A. & Esandi, N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 2016; 39(2), 319-322.
8. Achury D, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida, Enferm Universitaria.2016;13(1): 55-60
9. Puerto, H. Calidad de vida en cuidadores familiares de personas el tratamiento contra el cáncer. Rev Cuid. 2015, 6(2).
10. Montalvo, A; Romero, E. & Flórez, I. (2011). Percepción de la calidad de vida de cuidadores de niños con cardiopatía congénita. Cartagena, Colombia. Invest Educ Enferm, 29(1): 9–18.
11. Reed, P. Religiousnes among terminally ill and healthy adults. Research in Nursing and Health, 1986 9: 35-42.
12. Pinto, N. Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedad crónica. Investig. Enferm, 2011 9(2): 20-37
13. Gómez, I. y Col, L. Espiritualidad en cuidadores familiares de niños con cáncer. Repositorio Universidad de Cartagena. 2017 p 28
14. Montalvo, A. Espiritualidad en cuidadores familiares principales de pacientes con alzheimer en Cartagena. Repositorio Universidad de Cartagena 2018 p 1-47.
15. Martínez, L y Salcedo, I. Perspectiva espiritual en mujeres con cáncer de mama.2019 Tesis de grado. Facultad de enfermería. Universidad de Santander.
16. Reed, P. Hacia una teoría de enfermería de autotrascendencia. Reformulación deductiva empleando teoría desarrollistas. Adv, nurs sci, 1991 13(4), 64-77.

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SUICIDIO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD PUBLICA

María Fernanda Rincón Silva*
Mery Alexandra Pinilla Acevedo *
Briyid Daniela Yáñez Cárdenas *
Yurly Estefany Orozco Sepúlveda*
Uriel Alexander Quintero Peña *
Angie Daniela Rincón Sandoval *
Danny Contreras Velasco *
Gloria Zambrano Plata **

*Estudiantes de VI semestre Del Programa de Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: silvamaríafernandar@ufps.edu.co, meryalexandrapa@ufps.edu.co, briyddanielayaca@ufps.edu.co, Yurlyestefanyos@ufps.edu.co, urielalexanderup@ufps.edu.co, angiedanielars@ufps.edu.co, dgufps.fcs@hotmail.com, Cúcuta, Colombia.

** Docente. Doctora en educación. Enfermera Profesional. Universidad Francisco de Paula Santander. Correo: gloriae91@hotmail.com. Cúcuta, Colombia.

Resumen

Objetivo: Analizar las representaciones sociales del suicidio en los estudiantes de enfermería de la universidad Francisco de Paula Santander en la ciudad de Cúcuta en el primer semestre del 2019. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo, fenomenológico, con entrevistas a profundidad y notas de campo, participaron 12 estudiantes entre los diferentes semestres, con 2 entrevistas por participante, empleándose la técnica de recolección homogénea. Para el análisis se tuvo en cuenta los pasos de Miles y Huberman (1993). Emergiendo 4 categorías, cada una sustentada con sus respectivas subcategorías. **Resultados:** El suicidio es considerado un acto de cobardía, es decir, una salida rápida ante los problemas, siendo esto provocado por sentimientos (tristeza) y conductas (bajo autoestima) en su mayoría van de la mano con la falta de apoyo social y familiar, ya que son vistos como factores protectores, pero al presentarse una falta de cohesión familiar y en el ambiente social, disminuye la capacidad de resiliencia del individuo, posibilitando un pensamiento o conducta de auto daño. Finalizando con los sentimientos de arrepentimiento, culpa y esperanza en Dios. **Conclusión:** El suicidio adopta diferentes significados e imaginarios dependiendo el contexto donde se presente, con diferentes conceptualizaciones (acto de cobardía, una salida), lo cual hace importante resaltar las creencias (soledad, depresión, rechazo, entre otras) como factores principales en los pensamientos de minusvalía, volviéndolos más vulnerables ante las conductas suicidas, resaltando además, su actitud ante el mismo, siendo influenciada por los problemas sociales y familiares, lo cual finalizando con sentimiento de culpabilidad, arrepentimiento y esperanza en Dios.

Palabras clave: Salud de los alumnos, ideación suicida.



INTRODUCCIÓN

La OMS (organización mundial de la salud) destaca al suicidio como prioridad en la salud pública ya que aproximadamente 800.000 personas toman una conducta suicida en la población mundial, siendo esta la segunda causa de muerte en persona entre los 15 y 14 años (1). Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en Colombia durante 2015, 2.316 personas decidieron quitarse la vida con un 10% más que la vigencia anterior (2).

Por otra parte, según Medicina Legal, en Norte de Santander ocurrieron 52 suicidios en los siete primeros meses del 2018 (41 hombres - 11 mujeres), destacando a la ciudad de Cúcuta con 27 casos, además se puede evidenciar el aumento en la población masculina y disminución del mismo en la población femenina (3). Por consiguiente, Norte de Santander se encuentra, entre unos de los principales departamentos donde se aumentó la incidencia de casos (25 casos por 100.000 habitantes) según el reporte del SIVIGILA en el 2018 (4). Resaltando, además los suicidios de 3 profesionales de enfermería en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

El suicidio no es solo algo individual sino un fenómeno social, socioeconómico y cultural. Ya que puede ser visto como una actitud ante los grupos inmediatos, jugando un papel importante a la conceptualización del suicidio (5). Por otro parte se han identificado elementos relacionados al ambiente escolar y universitario que influyen en situaciones de estrés académico, las interacciones negativas con estudiantes, así como la discriminación y estigma por razones de orientación sexual, dejando en evidencia que el suicidio no es solo un comportamiento multidimensional que abarca la totalidad de la persona, sino también el ambiente donde interactúa (6).

Con respecto a los estudiantes de Enfermería, el riesgo puede ser aún mayor, ya que, por lo general, los estudiantes se ven frecuentemente expuestos durante sus períodos de prácticas clínicas a situaciones de sufrimiento, enfermedad, invalidez y muerte (6). Al realizar una búsqueda internacional, se encuentran numerosas investigaciones como los estudios realizados por Juan Inquilla M. (2013) y Daritza Vélez P. (2016) donde las representaciones sociales de la vida que tiene las personas influyen directa o indirectamente en el acto del suicidio y estas pueden ser de tipo altruista, egoísta y anónimo (7-8). A nivel nacional en un estudio realizado por Franco y colaboradores (2015) en Bogotá, el suicidio adquiere significados y repercusiones específicas y con frecuencia mayores cuando quienes deciden hacerlo son personas jóvenes. Así mismo se encontró un estudio a nivel local en la Universidad Francisco de Paula Santander por docentes de la facultad de ciencias de la salud, Patricia V. L. (2005) en Cúcuta, donde el suicidio es un tema tabú en nuestra sociedad, se tiende a creer que es un fenómeno poco frecuente y se trata de ocultar el hecho (9).

OBJETIVO GENERAL

Analizar las representaciones sociales del suicidio en los estudiantes de enfermera de la universidad Francisco de Paula Santander en la ciudad de Cúcuta en el primer semestre del 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de tipo cualitativa, partiendo del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos (10). Con una metodología fenomenológica, siendo un diseño orientado en las vivencias de cada individuo y conforme a sus sentimientos y emociones. (11). Se manejó como grupo a investigar los estudiantes de la universidad Francisco De Paula Santander pertenecientes al programa de enfermería, utilizándose la muestra a priori, con 12 informantes entre los diferentes semestres (de primero a octavo), con la técnica de muestreo homogéneo.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta: ser estudiante de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, estar entre las edades de 15- 45 años y ser soltero, casado o en unión libre, como criterio de exclusión de tuvo en cuenta los estudiantes que no quieran participar en el estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo por medio de una entrevista a profundidad y notas de campo. Durante la entrevista se utilizaron las etapas descritas por Rubin y Rubin (1995), donde se crea un ambiente empático con él informante y se estimula la aptitud de participación (12), cada entrevista tuvo una duración entre 45 minutos a 1 hora, con un promedio de 2 entrevistas por informante. La investigación fue realizada durante los meses de marzo, abril, mayo y junio del 2019, la información fue grabada y transcrita textualmente. El análisis de los datos fue realizado por medio de los pasos propuestos por Miles y Huberman (1994) mediante la obtención de la información a través de las entrevistas a profundidad, captación, transcripción y organizar la información, codificación, interpretación, presentación y reducción (13).

Por otra parte, para poder garantizar la calidad en la recolección de los datos, validez y confiabilidad científica, la investigación estuvo enmarcada en la resolución 8430 de 1993 emitida por el ministerio de salud, donde se diligenció el consentimiento informado escrito y verbal a los informantes, además se emplearon seudónimos y los datos fueron manejo de manera confidencial (14).

RESULTADOS

La población de estudio en la investigación, fue caracterizada socio demográficamente.

Se cumplieron con los criterios de inclusión, donde el 50% de los informantes son de sexo masculino, entre un rango de edad de 17 a 20 años, con una media de 19 años, siendo en su totalidad solteros, donde el 60% de los estudiantes son de quinto y primer semestres, mientras el 5% son de segundo, tercer y sexto semestre, dedicados el 100% a sus estudios.

Durante el análisis de contenido en la fase de codificación se obtuvieron 47 códigos por lo cual en la fase de reducción se tomaron 20 códigos, que fueron clasificados en categorías y subcategorías

Categoría 1: Acto de cobardía.

El suicidio es un acto de cobardía ya que refleja la acción de no haber buscado una solución ante los problemas que se viven diariamente, es decir prefieren dejar ese problema sin solución y toman una conducta evasiva, de escape, optando así por un acto suicida, siendo este comportamiento para los informantes como una acción de cobardía.

I1 - E1: "Para mí el suicidio es...como... para mí es un acto de cobardía...no ven más allá de los problemas y no ven una solución clara, sino que lo único que quieren es huir de ella, huir de los problemas y los obstáculos que la vida pues le prepara a uno"

Es importante resaltar que el comportamiento de cobardía va acompañado de un acto egoísta, ya que una persona que elige suicidarse, solo puede ser visto como una persona egoísta, pues olvidan aquellas personas con las que han compartido y para las cuales representan una fracción importante en sus vidas (familia), ante el hecho de solo pensar en su bienestar.

I2 - E1: "... para mí es un acto egoísta, porque no piensa en que la familia que tiene va a sufrir y va a tener ese duelo de perderlo a él porque solo está pensando en sí mismo, sólo está pensando en que si él se muere va a dejar de sufrir él y no piensa en el daño que va a causar a las personas que se quedan"

De igual forma el suicidio es considerado una acción de eludir las situaciones de la vida cotidiana, es decir se presenta como una salida fácil, ya que al presentar una gran acumulación de problemas (familiares, económicos y académicos) llevan a la persona a optar por una conducta suicida.

I8 - E1 “Para mí el suicidio es como una oportunidad de darle solución a los problemas que uno a veces no consigue, digamos una solución como tal para el problema que se me presente, la situación”

Además, el acto suicida es una forma de evitar el sufrimiento fisiológico, pues para ellos, las enfermedades representan estados que generan dolor y que puede llevar a un pensamiento o conducta suicida, siendo vista como la solución más favorable ante esa situación, ya que manifiestan que no habría otra razón para pensar en dicha conducta.

E1 - I7 “...Si...sabe que esta contagiado y pues probablemente se pueda morir entonces puede hacer una decisión de que diga bueno entonces yo que voy a esperar de que de sufra de aquí para adelante lo hago ahora...”

El suicidio es también visto como un acto de valentía, ya que en muchas ocasiones se requiere de mucho valor y resistencia para realizar las acciones o conductas de daño así sí mismo, siendo esta un comportamiento que manifiesta la valentía y fuerte determinación de una persona para atentar contra su propia vida.

I11 - E1: “Creo que una persona que se suicida, para suicidarse tiene que ser demasiado valiente para hacerlo, una persona cobarde no sería capaz de suicidarse no sería capaz de herirse a sí mismo”.

Categoría 2: Causas del suicidio

El estar en desacuerdo con una persona o un grupo de personas hacen complicada e incómoda la convivencia y el entorno que comparte, ya sea por desacuerdos de pensamientos, creencias o actitudes, que se ven rechazados de alguna manera, siendo para ellos una causa importante en el suicidio.

I7 - E1: “Ósea juzgan mucho a alguien por como se ve, como se viste o porque es gordito o es muy flaco, por lo menos a todas esas personas les va a afectar...”

La presión social influye en la forma cómo se desenvuelven en su entorno, si es por parte de la familia es percibida por el tiempo que le dedican, por otro lado, si es por parte académica, que es la más frecuente para ellos, se da por las exigencias universitarias. Igualmente, la sociedad es un influyente importante en las emociones de las personas.

I11 - E1 “Presión académica, si no es capaz de responder...eso es costumbre a que la jefe, tiende a decir dos horas para que me termine esto entonces si de pronto el estudiante ve que es muchísimo trabajo”

I7 - E2 “La sociedad se encarga de juzgar y de dañar mucho entonces yo digo que es claro que eso en una persona genera daño y pues al generar daño hace que una persona tenga pensamientos suicidas”

Otra causa característica del suicidio es la depresión o el sentimiento de tristeza que atraviesan en momentos donde consideran que no tiene valor la vida y que es desencadenado para ellos por las situaciones de gran importancia en el ámbito familiar, académico o social, por lo tanto, este animo les provoca más desinterés en sus vidas e influye en los pensamientos de minusvalía.

I9 - E1 “tengo muchos pensamientos malos, porque yo cuando voy en la moto y estoy deprimida, yo tengo moto y a veces digo ojalá este carro me atropelle o cosas así”

La soledad hace que la persona se sienta susceptible con cualquier problema o dificultad que se le presente, aumentando los pensamientos suicidas, ya que se sienten solas, no sienten apoyo por parte de su familia o amigos, llevándolos a no creerse importantes para los demás, por ello los llevan a una pérdida de interés en diferentes ámbitos de su vida.

I3 - E1 "...la soledad afecta a la persona, a mí no me gusta estar sola nunca me ha gustado estar sola... pues llego a deprimirme, a sentirme triste, a dejar de hacer algunas cosas, dejar de hablar con la gente y me encerraba en las redes sociales"

Los informantes refirieron sentir impotencia, debido a que todo lo que realizan lo hacen con gran desconfianza e inseguridad y pues los resultados los hacen sentir mal y de esta forma no podían seguir avanzando en su desarrollo personal.

I7E1: "Sentía mucha desconfianza en cierta parte entonces todo eso me hacía sentir mucha inseguridad y pues me hacía sentir mal entonces pues hay era que pasaba."

Los informantes refieren en varias ocasiones sentir baja autoestima, no se sienten bien consigo mismo y es por esto que piensan en hacerse daño en algunas oportunidades. Consideran que lo anterior los hace sentir solo, olvidado y también verse como estorbos en la vida de las personas, esto debido a que sus problemas solo los pueden resolver ellos mismos, puesto que piensan que solo les ocurre a ellos o que simplemente corresponde a su realidad y los demás no la van a entender.

I1- E2: "las personas que se suicidan en parte tienen baja autoestima y al tener baja autoestima sienten que son como un estorbo tanto para la vida como para la vida de las demás personas"

Categoría 3: Apoyo social

El apoyo social es de gran importancia en las personas que están atravesando por un momento difícil en su vida o con conductas suicidas. Alguien que haya pasado por una situación similar podrá ser el apoyo, mediante un consejo o una escucha a sus problemas, logrando encontrar una solución a la situación por la que está pasando y así no llegar al arrepentimiento por el acto que vaya a realizar.

I8 E1: "Es importante darle a conocer a la persona que puede contar con alguien y abrazarlo y hacerle sentir bien para que se sienta acompañado y puede contar conmigo e incluso contarle la experiencia que uno vivió que digamos no es orgulloso de uno, pero marica no lo haga porque no es bueno porque luego te vas a arrepentir o sea de haber hecho lo que hiciste, o sea cuente conmigo pa' lo que sea y no trate de suicidarse porque esa no es la mejor solución"

Es muy valioso tener un ser que este en todos los momentos de la vida, sentir que hay alguien que los oye y apoye, manifestando que estas personas que tienen ese sentimiento de soledad quieren expresar lo que sienten y pedir ayuda, pero lo que reciben es rechazo, al no ver que le brinden la ayuda que tanto necesitan para salir de este problema y no llegar a cometer un acto que atente contra sus vidas.

I11 E1: "Que no ha tenido quien lo apoyen y quien lo escuché o por lo menos no sea muchas veces esas personas han querido comunicar ese sentimiento de soledad o quieren pedir ayuda y las personas se han limitado o nos limitamos a ir a oírlas o a no escucharlas"

El apoyo familiar es considerado un factor protector, es decir, aquella familia que permite el desarrollo, apoya la expresión de potencialidades y bloquea el impacto de los factores de riesgo, ya que la familia es el primer círculo de interacción social que tiene el individuo

I1 E1: “yo digo que obviamente la familia es un factor muy muy importante más que todo diría que el principal para que uno como ser humano no tenga esas ideas suicidas.”

No todos tienen la fortuna de tener una familia que los apoye o que los oriente, sino que deben afrontar sus situaciones diarias solas, pero, sin embargo, lo pueden lograr sin la necesidad de otras personas. Aunque sea complejo de afrontarlo, ya que no cabe duda de la importancia de contar con el respaldo de los miembros de la familia para superar aquellas situaciones difíciles que nos prepara la vida.

I8 E1: “Simplemente le diría que...solo cuenta consigo mismo y que hay personas que corren con suerte de tener una familia súper bien que lo apoyan, pero simplemente hay familias que no que te van a rechazar yo le diría que tu naciste solo, tu cuenta contigo mismo solo tú te puedes dar todo lo tuyo solo es complicado, pero tú lo puedes hacer, o sea no pensar en que tu familia no te quiere”

Las personas que tienen pensamientos o ideas suicidas es debido a que no tienen ese deseo de cumplir sus metas u objetivos o el interés de tener un plan de vida a corto o largo plazo, ya que no cuentan con esa motivación de superar las situaciones difíciles que se le presentan en la vida cotidiana.

I1 E2: “No son capaces de aferrarse a la vida porque no tienen ese deseo de salir adelante y no tienen ese deseo de superar esas tragedias o esos obstáculos que le suceden.”

Categoría 4: Consecuencias del suicidio

Para algunos informantes una de las consecuencias del suicidio es responsabilizar a los demás por la situación por la que están pasando. La persona empieza a tener una actitud agresiva, de aversión, de enojo y de querer buscar a alguien para deslindarse de los problemas y sobre todo de las culpas, es decir, una protección hacia las acciones que generan los demás en la persona.

I1 E2: “ Yo me pongo muy grosero, me encierro en mí mismo, no le contesto nadie, fuera de eso empiezo a culpabilizar a todo el mundo o a todo respecto a eso, tengo una actitud de repulsión, de pelea, de querer buscar conflicto y de querer buscar pleito”

La esperanza puesta en un ser superior para poder salir de las situaciones difíciles es considerada para algunos informantes como una consecuencia a ese intento de acabar con la vida o de tener la idea de hacerlo. El informante refería que una persona que no cuenta con el apoyo de familia y de sus amigos, no encontrará más salida que acabar con su vida, pero para una persona que es creyente su factor protector será la esperanza en el ser superior.

I1 - E2: “yo digo que a diferencia de aquellas personas que no creen o que no creen en un ser superior, que no guardan última esperanza en él y que no creen que en algún momento ese ser superior va a interceder por uno y le va a ayudar, dándole bendiciones y así, bueno... todo eso... yo digo que eso es como un factor protector”

Las personas pueden buscar solución a sus problemas, por medio del deseo de superar esos momentos difíciles, y el arrepentimiento de un acto o conducta suicida. Deben enfocarse en sus acciones y no en las acciones de los demás, para así poder salir adelante cumpliendo las metas que se han propuesto en la vida, cerrando ciclos y dejando atrás lo que impide avanzar.

I 10 E2 “pienso que se arrepienta de lo que van a hacer, o sea que vean sus actos más allá de la vida, pues ya que todo eso en un ciclo, ósea que no estén pendiente de las funciones que la gente hace, si no que vean también qué ósea que ellos sí pueden, ellos pueden salir adelante y cumplir sus metas, tener sus cosas”

Categoría 2: Causas del suicidio

Para algunos informantes el estar en desacuerdo con una persona o un grupo de personas hacen complicada e incómoda la convivencia y el entorno que comparte, ya sea por desacuerdos de pensamientos, creencias o actitudes, que se ven rechazados de alguna manera, siendo para ellos una causa importante en el suicidio.

I7 - E1: "Ósea juzgan mucho a alguien por como se ve, como se viste o porque es gordito o es muy flaco, por lo menos a todas esas personas les va a afectar..."

Así mismo para los informantes la presión social influye en la forma cómo se desenvuelven en su entorno, si es por parte de la familia es percibida por el tiempo que le dedican, por otro lado, si es por parte académica, que es la más frecuente para ellos, se da por las exigencias universitarias. Igualmente, la sociedad es un influyente importante en las emociones de las personas.

I11 - E1 "Presión académica, si no es capaz de responder...eso es costumbre a que la jefe, tiende a decir dos horas para que me termine esto entonces si de pronto el estudiante ve que es muchísimo trabajo"

I7 - E2 "La sociedad se encarga de juzgar y de dañar mucho entonces yo digo que es claro que eso en una persona genera daño y pues al generar daño hace que una persona tenga pensamientos suicidas"

Para los informantes otra causa significativa del suicidio es la depresión o el sentimiento de tristeza que atraviesan en momentos donde consideran que no tiene valor la vida y que es desencadenado para ellos por las situaciones de gran importancia en el ámbito familiar, académico o social, por lo tanto, este animo les provoca más desinterés en sus vidas e influye en los pensamientos de minusvalía.

I9 - E1 "tengo muchos pensamientos malos, porque yo cuando voy en la moto y estoy deprimida, yo tengo moto y a veces digo ojalá este carro me atropelle o cosas así"

Por otro lado, los informantes refieren que la soledad hace que la persona se sienta susceptible con cualquier problema o dificultad que se le presente, aumentando los pensamientos suicidas, ya que se sienten solas, no sienten apoyo por parte de su familia o amigos, llevándolos a no creerse importantes para los demás, por ello los llevan a una pérdida de interés en diferentes ámbitos de su vida.

I3 - E1 "...la soledad afecta a la persona, a mí no me gusta estar sola nunca me ha gustado estar sola... pues llego a deprimirme, a sentirme triste, a dejar de hacer algunas cosas, dejar de hablar con la gente y me encerraba en las redes sociales"

Los informantes refirieren sentir impotencia, debido a que todo lo que realizan lo hacen con gran desconfianza e inseguridad y pues los resultados los hacen sentir mal y de esta forma no podían seguir avanzando en su desarrollo personal.

I7E1: Sentía mucha desconfianza en cierta parte entonces todo eso me hacía sentir mucha inseguridad y pues me hacía sentir mal entonces pues hay era que pasaba.

Los informantes refieren en varias ocasiones sentir baja autoestima, no se sienten bien consigo mismo y es por esto que piensan en hacerse daño en algunas oportunidades. Consideran que lo anterior los hace sentir solo, olvidado y también verse como estorbos en la vida de las personas, esto debido a que sus problemas solo los pueden resolver ellos mismos, puesto que piensan que solo les ocurre a ellos o que simplemente corresponde a su realidad y los demás no la van a entender.

Discusión

Al realizar el análisis de los resultados de las características sociodemográficas de los participantes, el rango de edad con mayor prevalencia fue de 17 a 20 años semejante a lo encontrado en el estudio de Juan Inquilla (7), donde el promedio de edad fue entre los 17 y 24 años. También se puede relacionar con la información dada por la OMS en donde se puede evidenciar que la población en donde más se presenta la conducta suicida es entre los 14 y 44 años (2).

Es importante resaltar que los 12 informantes utilizados para el presente estudio 11 manifestaron ideas suicidas e intento de auto daño, siendo esta población más vulnerable ante dichas conductas evidenciado por un informe dado por el DANE en el 2015 donde 2.316 casos de pensamientos y conductas suicidas (3). Respecto al género se pudo evidenciar que la mitad de los informantes eran de sexo femenino, siendo la otra mitad de sexo masculino, similar al estudio de Juan Inquilla, en donde el 51,3 % de los informantes era de sexo masculino y el 48,3% de sexo femenino (7).

Los resultados obtenidos evidenciaron que el suicidio es un acto de cobardía ya que refleja la acción de no haber buscado una solución ante los problemas que se viven diariamente, lo anterior es coherente con lo planteado por Guerra Alfaro Zeleny, en su estudio donde los participantes ven el suicidio como un acto de cobardes por no buscar ayuda y solución a sus problemas (15). No obstante, difiere del estudio realizado por Velez Patricia en donde se ve el suicidio como una idea de libertad extrema influenciada por la sociedad (9).

De señalarse que el acto de cobardía se acompaña de un acto egoísta, por pensar solo en su bienestar, lo que concuerda con el estudio de Guerra Alfaro Zeleny, en donde consideran que es un acto egoísta, solo quieren huir, terminar con sus problemas y no piensan en las personas más cercanas ni en cómo esto puede afectar sus vidas (15).

De igual manera el suicidio es una acción de eludir las situaciones de la vida cotidiana, es decir se presenta como una salida fácil, por la acumulación de problema tanto económicos, sociales, familiares y académicos, lo que es similar al estudio realizado por Castro Pilar, Garcia Milagros y Trelles Federico, donde los participantes hace referencia a que el suicidio es una manera de escapar de la sociedad y para algunos es la liberación de las presiones y expectativas que la sociedad impone (16).

No obstante, el suicidio es visto como un acto de valentía ya que se requiere de mucho valor y resistencia para realizar acciones o conductas de autodaño, lo que se puede ver evidenciado en el estudio de Guerra Alfaro Zeleny, el cual señala que son personas valientes, porque no es fácil tomar la decisión de atentar contra la vida y el hecho de matarse es un acto mucho más valiente (15).

Para los informantes una de las causas del suicidio es el rechazo, debido a que pasan por situaciones donde se sienten incómodos, excluidos, lo que concuerda con el estudio de la Torre Marti, que considera que hay diversas causas y factores de riesgo del suicidio entre ellas se encuentran los factores sociales, demográficos y medioambientales, tales como los problemas interpersonales, el rechazo, duelos, entre otros (17).

Los informantes refieren que la presión social influye mucho en el suicidio, ya que sienten que deben complacer estereotipos en el ámbito familiar, social y académico por las responsabilidades que le exige la carrera universitaria, tiene similitud con Daniel Puchol Esparza, en donde menciona factores de riesgo del suicidio, como los problemas en las relaciones interpersonales, el apoyo y la comunicación social (18). Así mismo concuerda con el estudio por Serrano Claudia y Olave Julie, que refiere que tener un bajo nivel educativo se puede relacionar con pensamientos, ideas y conductas suicidas, influenciado por factores como el insuficiente rendimiento académico (19).

La causa más mencionada por los informantes es la depresión. Refieren que las personas que tienen pensamientos suicidas sienten una tristeza debido a problemas por los cuales están pasando, concuerda Gould et al, en su revisión sistemática donde refiere que hay altos porcentajes de enfermedades de carácter mental y parental, como lo es la depresión y abuso de sustancias, el cual han sido encontrados en asociación con suicidio consumado y con la ideas e intentos suicidas en la adolescencia (20).

La soledad es otra de las causas que mencionan los informantes, pues al estar una persona sola y sentirse sola hace que tengan sentimientos de minusvalía, considerando que no son importantes en la vida de los demás, esto es similar con Rodrigo Nel Córdoba (2016) en donde menciona las causas del suicidio, como síntomas depresivos, la disfunción familiar que se caracteriza por la agresividad y la soledad (21).

Los informantes refirieron que uno de los factores predisponentes del suicidio era la impotencia debido a que la persona sentía que todo el esfuerzo que hacían para desarrollar bien sus procesos era en vano. Por lo tanto no veían oportunidades para ellos y sentían que todos les daban la espalda lo que hace que pierdan el interés por solucionar sus problemas y decidir morir, lo anteriormente planteado es congruente con lo propuesto en la investigación “El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales” donde se plantea que el sentimiento de impotencia es una causa directa del suicidio, donde hace que el joven construya la idea de que no existen oportunidades, ni soluciones, ni salidas (22).

Para los informantes la baja autoestima crea un desequilibrio de sentimientos en la persona convirtiéndose en detonantes de ideas suicidas o de auto daño, siendo así, consideran que una baja autoestima o un mal auto concepto puede contribuir a que la persona pierda el interés en seguir viviendo, lo anterior es acorde con lo propuesto en el estudio realizado por Jeimmy Molina G, Yuranis Gutiérrez G. y Esmeralda Oviedo N, donde señalan que los adolescentes con alta ideación suicida tienden a presentar una baja autoestima. Este hecho está relacionado con la depresión. Ambos son factores correlacionados con la ideación suicida y el suicidio consumado (23).

Se pudo encontrar un notorio señalamiento por parte de los participantes de la investigación en donde se concluye que muchas veces no basta con oír a las personas que tienen problemas, hay también hacerles ver de que tienen una compañía en la cual pueden desahogar; como lo demuestra Cruz Campos Fabiola en su investigación, donde manifestaron que quienes reportaron un apoyo social más fuerte, presentaron mayores niveles de resiliencia y menor riesgo suicida. Los adolescentes que perciben mayor aceptación por parte de su familia, amigos y pares, y más relaciones de amistad positivas, también se muestran en menor riesgo de presentar conductas suicidas (24).

Así mismo, entre las consecuencias del suicidio se presentan la culpa, el arrepentimiento y la esperanza en los estudiantes ya que la única forma de responder ante situaciones de conflicto es responsabilizar a la sociedad; lo cual es resaltado por un estudio realizado por Andrés De Bedout Hoyos, en cual considera que la culpa es transferida a la sociedad (25) Por otra parte el arrepentimiento es evidenciado al no contemplar más allá de los problemas y afrontar la realidad que viven. Lo anterior es coherente con otro estudio de Cortés y colaboradores, en el que los adolescentes se arrepentían después de haber intentado acabar con sus vidas. (26). Siendo importante resaltar que la esperanza en un ser divino es utilizada como el afrontamiento a los problemas o situaciones difíciles, siendo similar con el estudio de Gustavo Alfredo Girard, en donde el desinterés de creer en un ser superior genera un mayor riesgo suicida en una sociedad. (27)

CONCLUSIONES

El significado del suicidio, lo describían como un acto de cobardía, ya que para ellos no había otra salida que acabar con su vida, las personas son incapaces de buscar solución a los problemas que tenían en ese momento, por pensar solamente que era la única salida de todo lo que estaban viviendo, además que lo consideraban como un acto egoísta, por pensar solo en ellos y no en las consecuencias que podría causar este acto a sus familiares y amigos. Se pudo evidenciar que el suicidio es percibido por otros como un acto de valentía, puesto que no toda persona tiene la determinación de hacerlo y de pensar en el daño que ocasionara el intento suicida.

Para finalizar, se evidenciaron sentimientos como la culpa que debido a conflictos no resueltos por la persona responsabiliza a la sociedad de sus conductas o pensamientos suicidas; dentro de esas consecuencias se da gran relevancia al arrepentimiento que experimentan los individuos al intentar acabar la vida.

REFERENCIAS

1. OMS [Internet] Suiza. [Actualizado el 24 de agosto del 2018; citado el 22 de marzo del 2019] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. MINSALUD [Internet] Bogotá. [Actualizado en agosto del 2018; citado el 22 de marzo del 2019] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
3. la Opinión [Internet] Cúcuta. [Actualizado 25 de septiembre del 2018; citado el 22 de marzo del 2019] Disponible en: <https://www.laopinion.com.co/judicial/el-suicidio-una-realidad-creciente-en-norte-de-santander-162675#OP>
4. INS [Internet] Cúcuta. [Actualizado el 20 de abril del 2018; el citado el 22 de marzo del 2019] Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%20SEMESTRE%20%202018.pdf>
5. Ballesteros MP, Gutiérrez ME, Sánchez LM, Herrera N, Gómez AP, Izzedin R. El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. Scielo. [Internet]. 2010 [citado el 24 de marzo del 2019]: 39 (3): 523 – 543. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n3/v39n3a07.pdf>
6. Tomas J. Factores psicológicos relacionados con el riesgo suicida en Estudiantes de Enfermería. R. Salud y calidad de vida [Internet]. 2008 [citado el 24 de marzo del 2019]; 12 (2): 67 – 74. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262727333_Factores_psicologicos_relacionados_con_el_riesgo_suicida_en_estudiantes_de_enfermeria
7. Inquilla J. Representaciones sociales sobre el suicidio de los estudiantes de la universidad nacional del Antiplano Puno – Peru. R. de investigación en comunicación y desarrollo. [Internet]. 2013 [citado el 24 de marzo del 2019]; 4 (2): 27 – 37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4729813>
8. Vélez D, Maldonado N, Rivera C. Espectros del suicidio en jóvenes universitarios en puerto rico. R. Puertorriqueña de Psicología. [Internet]. 2016 [citado el 24 de marzo del 2019]; 28 (1): 34 – 44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5891755>
9. Vélez Laguado P. Suicidio en adolescentes: ¿Solución de vida? Ciencia y cuidado [internet]. 2005 [citado el 24 de marzo del 2019]; 2 (1): 87-91. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1127/1067>
10. Gómez Ferri J, Muños A, Ingellis A, Jabbaz M. Técnicas cualitativas de la investigación social. Universidad de Valencia, Departamento de Sociología y Antropología social. [Consultado 24/05/2019]. Disponible en: http://ocw.uv.es/ciencias-sociales-y-juridicas/tecnicas-cualitativas-de-investigacion-social/tema_5_entrevistaenprofundidad.pdf.
11. Monje C, Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa [internet]. uv.mx, 2018 [consultado el 18 de octubre del 2018]. disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

12. Castillo E, Vasques M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia medica [internet] 2003 [citado el 22 de oct. de 18]; 34(3) disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/283/28334309.pdf>
13. Pla M. El rigor de la investigación cualitativa. Investigación cualitativa. [internet] 1999 [citado el 22 de oct. de 18] disponible en: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35640183/pla.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOYYGZ2Y53UL3A&Expires=15257223933&signature=LlgOYB7NzHdSqHFLIOQ6wd1NVGO%3D>
14. República de Colombia. Ministerio de Salud Resolución número 8430 de 1993 (octubre 4) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet] Santa Fé de Bogotá: El Ministerio; 1993 [Consultado 07 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/bibliotecadigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
15. Guerra Z. Percepciones sociales del suicidio en Calama, II región de Antofagasta. Valdivia [Internet]. 2014 [citado 24 marzo del 2019]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/ffg934p/doc/ffg934p.pdf>
16. Castro P, Garcia M, Galcerán M, Trelles F. La sociedad y el suicidio ¿Si no viviéramos en sociedad, existiría el suicidio? Estudios económicos y sociales. [Internet]. 2017 [citado 24 marzo del 2019]. Disponible en: https://ucu.edu.uy/sites/default/files/facultad/dcsp/concurso_2017/la-sociedad-y-el-suicidio.pdf
17. Judith Varengo. Ideación suicida en adolescentes. 2016. [internet] [consultado 12 junio 2019] disponible en: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13032/VARENGO%20Judith.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Esparza Puchol D. El suicidio adolescente: comprensión, prevención y afrontamiento. 2005. [internet] [consultado 12 junio 2019] disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/24650/Documento_completo.pdf?sequence=1
19. Serrano Ruiz C.P. Olave Chaves J.A. Factores de riesgo asociado con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. Bucaramanga. 2017. [internet] [consultado 12 junio 2019] disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2272>
20. Gould M, Greenberg T, Velting D, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry [internet] [Consultado 12 Junio 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12649626>
21. Rodrigo Nel Córdoba. Suicidio en niños y adolescentes. Bogotá. 2016. [internet] [consultado 12 junio 2019] disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3614/3294>
22. Jeimmy M, Yuranis G, Esmeralda O. Depresión, autoestima y su relación con la ideación suicida en estudiantes de un colegio privado de la ciudad de Ciénaga- Magdalena (Colombia) [Internet]. Dialnet.unirioja.es. 2015 [cited 14 May 2019]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5568074.pdf>
23. Cruz F, Roa V. Intento suicida en niños y adolescentes: criterios para un Modelo de Intervención en Crisis desde el enfoque constructivista evolutivo. [Internet] 2005 [consultado 6 de junio 2019]. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/cruz_f/sources/cruz_f.pdf
24. Bedout Hoyos, Andrés, Panorama Actual Del Suicidio: Análisis Psicológico Y Psicoanalítico. International Journal of Psychological Research [Internet] 2008,: [citado 13 junio 2019]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023508007>
25. Cortés Alfaro Alba, Aguilar Valdés Juan, Suárez Medina Ramón, Rodríguez Dávila Elayne, Durán Rivero Jesús Salvador. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 marzo [citado 13 junio 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252011000100004&lng=es.